

Beteendeterapi och kognitiv beteendeterapi • Familjeterapi • Gruppsykoterapi • Hypnos-  
psykoterapi • Kognitiva och beteendeariktade terapier • Psykoanalys • Psykoanalytisk  
parpsykoterapi • Psykodynamisk barn- och ungdomspsykoterapi • Psykodynamisk psykoterapi

# PSYKOTERAPI

*information om olika psykoterapiinriktningar*

2008

MED FORSKNINGÖVERSIKT

# Innehåll

<b>Del I Information om psykoterapi</b>	<b>2</b>
<b>Inledning</b>	<b>2</b>
Beteendeterapi och kognitiv beteendeterapi	4
Familjeterapi	12
Gruppsykoterapi	18
Hypnospsykoterapi	23
Kognitiva och beteendeinriktade terapier	29
Psykoanalys	34
Psykoanalytisk parpsykoterapi	40
Psykodynamisk barn- och ungdomspsykoterapi	42
Psykodynamisk psykoterapi	48
Legitimerad psykoterapeut - vad är det?	53
Utbildningar med examensrätt	54
Hur får man examensrätt?	56
Om man upplever sig felbehandlad i psykoterapi - vad gör man då?	56
PsykoterapiStiftelsen	58
Samrådsforum för psykoterapi	59
Samrådsforum adresser	60
PsykoterapiMässan	62
<b>Del II Psykoterapiforskning</b>	<b>64</b>
<b>Inledning</b>	<b>64</b>
Beteendeterapi och kognitiv beteendeterapi	65
Familjeterapi	68
Gruppterapi	71
Hypnosterapi	74
Kognitiva och beteendeinriktade terapier	77
Psykoanalys	80
Psykodynamisk barn- och ungdomspsykoterapi	83
Psykodynamisk psykoterapi	86

*Respektive förening svarar för sin del*

# Del I Information om psykoterapi

## Inledning

Föreningarna för psykoterapiinriktningar med examensrätt för akademisk psykoterapeutexamen\* informerar här tillsammans om sina psykoterapiformer.

Var och en svarar för presentationen av sin egen inriktning, när och hur den bäst används och forskning som gjorts om dess resultat.

Psykoterapeutexamen krävs för att få legitimation av Socialstyrelsen. Legitimation för psykoterapeuter infördes 1985.

## Hur bra är psykoterapi?

I den första stora metaanalysen (sammanställning av ett stort antal forskningsresultat) 1980 om den allmänna effekten av psykoterapi fann man att effekten var överraskande god. Genom åren har fortsatt forskning visat att de väl etablerade psykoterapierna ger påfallande goda resultat även om mängden forskningsstudier är mycket olika för olika typer av psykoterapi. I psykoterapiforskningens standardverk, *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Changes*, vars femte upplaga utkom 2004, redovisas positiva resultat internationellt inom alla väl etablerade psykoterapeutiska inriktningar.

Människor föredrar också oftast hjälp genom samtal före annan slags behandling för psykiska problem, vilket t. ex. framgår av PART-studien.

I Sverige presenterade SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) 2004 en litteraturgenomgång *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt* och 2005 *Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturöversikt*. Psykoterapier framstår där som klart effektiva vid dessa tillstånd, vilket i första hand gäller kognitiv beteendeterapi och kognitiv psykoterapi, där gränsdragningen mellan dessa terapier inte är entydig. I den utsträckning det finns tillräckligt många och bra studier gäller detta även psykodynamisk psykoterapi. Huruvida metoden för urval av studier som SBU grundar sina slutsatser på är adekvat, råder mellan företrädare för olika terapiinriktningar delade uppfattningar om.

Även vid kroppsliga sjukdomar visar det sig att psykologiskt stöd och psykoterapi lindrar sjukdomsförlopp och underlättar läkningsprocesser.

\* Svenska Föreningen för Psykoanalytisk Parpsykoterapi har ej ansökt om examensrätt men har ett antal psykoterapeuter som gått en utbildning som då godkändes för legitimation. Svenska Föreningen för Klinisk hypnos har fn inte examensrätt men har haft det. Högskoleverket har nyligen granskat psykoterapeututbildningarna, se sid 54 om Högskoleverkets rapport 2007:30 R.

När etablerade psykoterapier jämförts med behandling med psykofarmaka ger psykoterapi ofta lika bra eller bättre resultat - särskilt på längre sikt. Psykoterapi ger inte heller de biverkningar som psykofarmaka har.

I forskningsöversikter från 2008 redovisas data som tyder på att SSRI- medlens effektivitet vid depression är klart mindre än som tidigare antagits då det nu framkommit att man i vissa fall underlåtit att publicera studier som visat sämre resultat eller vid presentation av dem förvrängt resultatet till det bättre\*. Det är därför hög tid att psykoterapi, som blir allt bättre evidensbaserad, blir tillgänglig för fler och får ökade utvecklingsmöjligheter och forskningsresurser i Sverige.

Nya studier och psykoterapiforskningsresultat kommer kontinuerligt och det kan vara svårt att överblicka och förstå de resultat som presenteras. Därför har 2008 års upplaga kompletterats med en forskningsdel.

## Hur kan man få psykoterapi och vad kostar det?

Man kan vända sig till den psykiatriska vården eller söka en privat psykoterapeut, se Gula Sidorna. Högkostnadsskydd gäller vid psykoterapi inom offentlig sjukvård och om den privatpraktiserande psykoterapeuten har vårdavtal med landstinget. I övrigt överenskommer patient och psykoterapeut om kostnaden.

Tillgången till psykoterapi, administrativa rutiner och kostnader för patienter kan skilja sig betydligt mellan olika delar av landet.

## Referenser

- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5:th ed. New York: Wiley.
- Forsell, Y., & Hansson, A. (2001). *Psykisk ohälsa och behandlingsbehov ur ett befolkningsperspektiv*. Data från PART-studien. Rapport 2001:2, Enheten för Psykisk Hälsa, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting.
- Behandling av depressionssjukdomar: En systematisk litteraturöversikt* (2004). Rapport nr 166. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering – SBU.
- Behandling av ångestsyndrom: En systematisk litteraturöversikt* (2005). Rapport nr 171. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering – SBU.

\* Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J. & Johnson, B. T. (2008). Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, Febr 2008, Vol 5, Issue 2, e45

\*Turner, E. T., Matthews, A. M., Linardatos, E., Tell, R. A., Rosenthal, R. (2008). Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy. *The New England Journal of Medicine* Vol 358:252-260

# Beteendeterapi och kognitiv beteendeterapi

## Vad är beteendeterapi (BT) och kognitiv beteendeterapi (KBT)?

Som namnet antyder är kognitiv beteendeterapi (KBT) en integrativ form av psykoterapi bestående av såväl beteendeterapeutiska och kognitiva teorier samt analys- och behandlingsmetoder. Det underliggande antagandet är att olika svårigheter i livet i stor utsträckning har sitt ursprung i (eller vidmakthålls och förvärras av) inlärningspsykologiska och kognitiva processer. De olika BT- och KBT-strategierna syftar till att vara ett medel för patienten att undersöka och bearbeta dessa processer, dvs. de sätt individen ser på sig själv och sin omgivning (kognitioner) samt de sätt på vilket individen interagerar med omgivningen (beteenden). BT har funnits under lång tid, medan KBT idag är den snabbast växande terapiformen i världen och tillämpas, förutom i individualformat, även som par, familje- och gruppterapi.

Vetenskapligt utvärderade och effektiva BT/KBT-tillämpningar finns för en rad störningar och problembilder hos olika åldersgrupper (barn/ungdomar, vuxna och äldre), t.ex.:

- Aggressivitet
- Beroendeproblematik
- Depression och bipolär störning
- Dåligt självförtroende/låg självkänsla
- Fobier och generaliserad ångest
- Hypokondri (hälsoångest)
- Huvudvärk
- Kriminalitet/uppförandestörningar
- Kronisk smärta och medicinska problem
- Kroniskt trötthetssyndrom
- Neuropsykiatriska störningar (ADHD, Tourettes syndrom, etc.)
- Paniksyndrom
- Posttraumatiskt stressyndrom
- Psykotiska störningar/schizofreni
- Personlighetsstörningar
- Separationsångest, skolsvårigheter, mobbning, etc.
- Psykosomatiska och stressrelaterade problem
- Relations- och sexuella problem
- Sömnstörningar
- Tvångssyndrom
- Utvecklingsstörningar och autism
- Ätstörningar

I USA och i stora delar av övriga världen är KBT den teoretiska inriktning som huvuddelen av de kliniska psykologerna och psykoterapeuterna arbetar utifrån. I Sverige är dock bilden annorlunda. Klinisk tillämpning av och utbildning i psykoterapi har i landet av tradition dominerats starkt av andra teoretiska inriktningar på området. Det innebär att utbudet av KBT överlag ännu måste betraktas som eftersatt i relation till den efterfrågan som finns från såväl patienthåll och vårdgivare, eller som skulle motiveras av terapiformens ställning inom empirisk forskning.

## **BT och KBT historiskt**

### **Beteendeterapi (1950-)**

Den tidiga beteendeterapin utvecklades parallellt i främst England, Sydafrika och USA mellan 1950-1970. Förgrundsgestalter var bl.a. den sydafrikanske psykiatern Joseph Wolpe, den tysk-brittiske psykologen Hans Eysenck och den amerikanske psykologen B. F. Skinner. Även om skillnader fanns mellan deras arbetssätt och teorier företrädde de alla ett inlärningspsykologiskt synsätt på människan. De såg psykoterapins grund som en vidareutveckling av kända och välstuderade inlärningsmekanismer samt att den empiriska prövningen var den nödvändiga grunden för psykoterapier.

### **Kognitiv terapi (1970-)**

Utvecklingen av mer kognitivt orienterade inläringsteorier och analys- och behandlingsmetoder ägde rum i USA i mitten av 1960-talet och framåt. Man förespråkade en bredare inläringsteori där kognitiva mediatorer för inläringen betonades. Några pionjärer i denna ”kognitiva våg” inom beteendeterapi och i psykoterapi i stort var amerikanerna Albert Bandura, Aaron T. Beck, Albert Ellis och Donald Meichenbaum. Av dessa är det sannolikt Aaron T. Beck som med sin kognitiva terapi haft störst inflytande på den moderna kognitiva beteendeterapi.

### **Integrerad kognitiv beteendeterapi (1986 -)**

Från mitten av 80-talet började denna integration mellan den klassiska beteendeterapin och de mer kognitivt orienterade psykoterapierna att rejält ta fart. Integrationen underlättades av den s.k. ”kognitiva revolutionen” inom psykologin under 1960 till 1970-talet vars strömningar inte lämnade beteendeterapeuter opåverkade. Många började därför benämna terapiformen *kognitiv* beteendeterapi – en ny och integrativ terapiform där kognitiva och beteendeterapeutiska teorier och metoder kombinerats till en lyckosam mix. Under senare år har vissa former av KBT även integrerat strömningar från en rad andra håll och anpassat metoderna till en KBT-teoretisk referensram. T.ex. metoder som träning i medveten närvaro (”mindfulness”), acceptans- och valideringsstrategier och metoder för motiverande samtal (”motivational interviewing”).

## **Kännetecknande drag**

I avsnittet presenteras några kännetecknande drag för BT och/eller KBT. Det bör dock påpekas att det inte finns någon universell lista över kännetecknande drag men följande punkter är sådana som de flesta terapeuter med BT- eller KBT-inriktning sannolikt instämmer i.

### **Målinriktat arbetssätt**

Patienten och terapeuten sätter tillsammans upp explicita mål för det psykoterapeutiska arbetet. Diskussionerna kring målen med terapin hjälper patienten att klargöra dennes förväntningar på terapin och eventuella missuppfattningar kring det terapeutiska arbetet kan tidigt undanröjas. Att tillsammans diskutera konkreta mål för terapin leder även till en betoning på möjligheter och förändring och förstärker patientens aktiva roll i det terapeutiska arbetet.

### **Samarbete mellan terapeut och patient, aktiv terapeut och patient**

BT/KBT-terapeuten strävar efter ett uttalat samarbete med patienten (s.k. kollaborativ terapeutisk relation). Patientens problem anses bättre kunna förstås och lösas om båda är aktivt engagerade, bidrar med sina respektive kunskaper och tar ett delat ansvar för att lösa problem. Terapeuten är aktiv genom att tex ställa s.k. sokratiska frågor (frågor som tvingar till eftertanke och reflektion och därmed hjälper patienten att se saker från andra synvinklar), lära ut nya färdigheter, undervisa om patientens problem, planera hemuppgifter, etc. Patienten är aktiv genom att tex: registrera beteenden och tankar, utföra hemuppgifter, praktisera nya färdigheter, värdera och balansera negativa tankar, bidra till sessionerna genom att inför dessa tänka igenom vad han/hon vill ta upp, etc.

### **Strukturerade sessioner**

Strukturen hjälper BT/KBT-terapeuten att använda tiden på ett så ändamålsenligt sätt som möjligt för att kunna genomföra olika behandlingsinterventioner och uppnå de uppsatta målen. Vidare förmedlar det strukturerade arbetssättet de färdigheter och beteenden som terapeuten vill lära ut, nämligen målorienterat och aktivt problemlösande fokuserat på specifika svårigheter. Naturligtvis varierar dock graden av struktur utifrån problemtyp och steg i terapin.

### **Hemuppgifter**

En behandlingssession varar vanligtvis mellan 45-60 minuter. Om en klient enbart arbetar med sin problematik under den tiden betyder det att veckans resterande 167 timmar inte används terapeutiskt. Det leder i sin tur till att kontinuiteten i behandlingen tappas och att behandlingstiden därmed förlängs. Hemuppgifter där patienten får en möjlighet att på egen hand arbeta med det som är i fokus under sessionerna används därför rutinmässigt. Dessa

hemuppgifter kan exempelvis handla om att göra systematiska observationer av sitt tänkande och agerande, att söka upp fobiska situationer, arbeta med olika typer av självhjälpsmaterial, på egen hand undersöka och ifrågasätta egna tankemönster, eller prova nya färdigheter i de reella situationer där de är tänkta att vara till hjälp för individen.

### **Korttidsterapi**

Både BT och KBT är i första hand korttidsterapier och en vanlig behandlingenslängd är 15-25 sessioner. Ett fixt antal sessioner behöver dock inte nödvändigtvis bestämmas i förväg utan efter en viss tids behandling (t.ex. 6-10 sessioner) kan en utvärdering göras och fortsatt planering av terapin ske. BT/KBT-tillämpningar finns dock med behandlingenslängder alltifrån en session (t.ex. vid specifika fobier) till behandlingenslängder över 1-2 år (t.ex. vid borderline personlighetsstörning).

### **Flexibelt användande av tiden**

Alla sessioner behöver inte vara av samma längd eller ges med samma periodicitet. T.ex. kan en serie av sessioner följas av en serie kortare telefonsamtal eller kontakt över e-post. Bedömningsamtal kan även många gånger förlängas till 80-90 minuter (och därmed reduceras i antal) så att själva behandlingen kan påbörjas snabbare. Behandlingen kan inledas med mer frekventa sessioner, t.ex. två gånger i veckan, så att patienten snabbt kan komma över de värsta besvären. Sessioner kan även förlängas under vissa faser av behandlingen. Eller det motsatta, förkortas när patienten börjar må bättre, och därmed själv kan ta ett större ansvar för behandlingen.

### **Vanliga behandlingsmetoder**

BT/KBT-inriktade psykoterapeutiska metoder fokuserar primärt på att direkt angripa dysfunktionellt beteende och/eller tänkande och därigenom även åstadkomma emotionell förändring. Med vägledning av den aktuella patientens problematik och utifrån den teoribaserade kliniska beteendeanalysen/fallanalysen väljer terapeuten behandlingsmetoder. Det är vanligt att terapeuten flexibelt använder sig parallellt av ett flertal metoder i ett och samma fall för att uppnå så god behandlingseffekt som möjligt. Det finns ett stort antal kognitiva och beteendeterapeutiska psykoterapimetoder – några av de vanligaste är de nedanstående:

#### **Psykoedukation (patientutbildning)**

T.ex. för att informera om karaktären hos de problem patienten beskriver, delge hypoteser om orsaker och vidmakthållande faktorer, beskriva behandlingsmetoder eller kanske rätta ut olika missuppfattningar kring problematiken. Dessa pedagogiska inslag lägger grund för vidare BT/KBT-interventioner.



### **Verbal (kognitiv) bearbetning av kognitioner**

Ett flertal varianter av mer renodlat verbala (kognitiva) metoder finns. De syftar alla till att förändra kognitioner direkt via samtal eller vara ett förberedelsearbete inför olika beteendeterapeutiska tekniker och efterföljande kognitiv förändring. Inledningsvis ”tränas” patienten att bli mer uppmärksam på de hastiga, värderande och negativa tankar som åtföljer olika emotioner och längre fram i terapin hjälper terapeuten patienten att värdera och balansera dessa.

### **Exponering och beteendeeperiment**

Vid exponering konfronteras patienten med det fobiska stimulus som utlöser ångesten tills den minskar eller helt försvinner. Metoden används för att lösa upp den intima associationen mellan rädsla och ångest och olika fobiska (men objektivt ofarliga) stimuli och därmed hjälpa patienten att utveckla mer flexibla och mindre ångeststyrda strategier i tidigare ångestväckande situationer. Patienten erfar även att det man fruktar inte inträffar om man stannar kvar i situationen och låter ångesten komma och är därför en mycket användbar metod för att åstadkomma kognitiv förändring. Exponeringen sker därför ofta inom ramen för s.k. beteendeeperiment där olika prediktioner ställs upp och testas (t.ex. att patienten kommer att svimma om han/hon inte gör något för att kontrollera ångesten under en panikattack).

### **Biblioterapi/självhjälp**

Med biblioterapi menas användandet av skrivet material, ofta i form av en självhjälpmanual, som vägleder patienten genom behandlingen. Denna typ av material används ofta i BT/KBT som ett komplement till den terapeutledda behandlingen och ett flertal sådana patientmanualer finns för de mest skiftande områden.

### **Beteendeaktivering**

Oavsett om den bristande initiativlust som kan observeras hos deprimerade är en orsak till eller en konsekvens av depressionen leder den till en negativ affektiv spiral där passiviteten även skapar en deprimerande livssituation. Beteendeaktivering är därför en av de centrala behandlingsmetoderna vid depressionsbehandling och syftar till att bryta denna onda spiral.

### **Avslappningsövningar och medveten närvaro – ett accepterande förhållningssätt**

Om ångest- och stressreaktioner utgör ett inslag i problembilden är många gånger avslappnings- och meditationstekniker av värde. Ett av de enklaste sätten att uppnå viss avslappning är sannolikt att planera in lustfyllda aktiviteter och tid för sig själv i veckoschemat. Ett flertal mer specialiserade metoder finns dock, som exempel kan nämnas tillämpad avslappning - en form av

snabbavslappningsteknik - och medveten närvaro - en form av meditation där skeenden (tankar och känslor) noteras men inte värderas. Ett icke dömande och accepterande förhållningssätt förespråkas.

### **Social färdighetsträning**

Huruvida en patient har svårigheter med vissa sociala färdigheter till följd av verkliga beteendebriker eller uppvisar brister beroende på hindrande ångest är viktigt att klargöra under utredningsfasen då det leder till olika behandlingar. Om det visar sig att verkliga brister finns i förmågan är social färdighetsträning, där patienten i rollspel får träna upp sin sociala kompetens, en värdefull metod.

## **Empiriskt forskningsstöd**

### **Är BT och KBT effektiva behandlingsmetoder?**

BT och KBT har genomgått en omfattande empirisk prövning och har visat sig vara framgångsrika behandlingsmetoder för en rad olika psykiska störningar och livsproblem. I nypublicerade sammanställningar av psykoterapiforskningen, såväl internationella (t.ex. Roth & Fonagy, 2005) som svenska (SBU, 2004; 2005), dominerar BT och KBT totalt och utgör ca 80-85% av de evidensbaserade psykoterapimetoderna för vuxna och barn. När resultaten av BT/KBT följs upp så visar även många studier goda långtidsresultat och inte inom något område har BT/KBT fått sämre resultat än andra psykoterapeutiska insatser. Sammantaget ger således utvärderingsforskningen ett överväldigande stöd för BT/KBT.

### **Hur står sig BT/KBT i jämförelse med läkemedelsbehandling?**

I de behandlingsstudier där BT/KBT har jämförts med olika farmakologiska behandlingsansatser har det visat sig att metoderna ger minst lika bra resultat som dessa (t.ex. SSRI-behandling). Ett resultat i många studier är att även om läkemedel ger bra resultat på kort sikt så ger BT/KBT bättre långtidsresultat (särskilt vid behandling för långvariga sömnproblem). Sannolikt genom de förändringar i livsstilen och den ökade förståelsen för vad som styr problematiken som åstadkoms genom BT/KBT. Den kliniska nyttan av kombinationsbehandlingar (läkemedel plus BT/KBT) varierar från syndrom till syndrom och resultat finns alltifrån negativa interaktionseffekter till positiva synergieffekter.

### **Var kan man få BT/KBT?**

På Beteendeterapeutiska föreningens hemsida finner man en förteckning över BT/KBT-terapeuter. Det är såväl personer som inom ramen för olika yrkesfunktioner genomgått grundläggande psykoterapiutbildning i KBT (tidigare kallad ”steg 1-utbildning”) samt de som genomgått legitimeringsgrundande psykoterapeututbildning i KBT (tidigare kallad ”steg 2-utbildning”). Vissa av

terapeuterna är verksamma inom offentlig vård eller har vårdavtal, med t.ex. landsting. Ofta är man som patient dock hänvisad till den privata marknaden och de kostnader som detta kan vara förknippat med. För prisuppgifter bör man kontakta respektive terapeut eller mottagning. En effekt av den alltmer ökande efterfrågan på KBT är att terapiformen i annonser m.m. erbjuds av psykoterapeuter och andra ”vårdgivare” utan formell kompetens i KBT. Vi rekommenderar därför den som söker en KBT-terapeut att försäkra sig om att denne har genomgått adekvat utbildning vid någon av de utbildningsinstitutioner i landet som ger KBT-utbildning. Läs gärna även på föreningens hemsida under rubriken ”Vad bör man tänka på när man söker terapi” inför val av terapeut.

## Referenser

### *Grundläggande KBT-böcker*

#### *Svenska*

Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur & Kultur.

Öst, L.-G. (Red.), (2006). *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Natur & Kultur.

Ramnerö, J. & Törneke, N. (2006). *Beteendets ABC - En introduktion till behavioristisk psykoterapi*. Lund: Studentlitteratur.

#### *Engelska*

Farmer, R.F. & Chapman, A.L. (2008) *Behavioral Interventions in Cognitive-Behavior Therapy*. Washington DC: APA Books.

Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2006). *Learning cognitive behavior therapy: An illustrated guide*. New York: American Psychiatric Publishing.

### *Forskningsöversikter*

*Behandling av depressionssjukdomar: En systematisk litteraturöversikt* (2004). Rapport nr 166. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering – SBU.

*Behandling av ångestsyndrom: En systematisk litteraturöversikt* (2005). Rapport nr 171. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering – SBU.

Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research. 2<sup>nd</sup> ed.* New York: Guilford Press.

## Web-adresser

### *Internationella KBT-sammanslutningar*

Association for Behavioral and Cognitive Therapies ([www.aabt.org](http://www.aabt.org))

British Association for Behavioral and Cognitive Psychotherapies ([www.babcp.org.uk](http://www.babcp.org.uk))

National Association for Cognitive-Behavioral Therapists ([www.nacbt](http://www.nacbt)).

*Webbaserade forskningsöversikter*

Statens beredning för medicinsk utvärdering ([www.sbu.se](http://www.sbu.se))

National Institute for Health and Clinical Excellence (Nice) ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk))

Sammanställning av empiriskt stöd för KBT utarbetad år 2005 av professor David M. Clark, Institute of Psychiatry, Kings College London, University of London, för brittiska hälsovårdsdepartementet, ([www.strategy.gov.uk/downloads/files/mh\\_clark.pdf](http://www.strategy.gov.uk/downloads/files/mh_clark.pdf))

### **Beteendeterapeutiska Föreningen - BTF**

Föreningen bildades 1971 och verkar för att sprida information om och utveckla tillämpningen av BT och KBT i Sverige. Detta sker främst genom olika utbildningar.

Föreningen ger idag bl.a. följande utbildningar:

- Grundläggande psykoterapiutbildning (tidigare kallad ”steg 1-utbildning”)
- Legitimeringsgrundande psykoterapeututbildning (tidigare kallad ”steg 2-utbildning”).
- Vidareutbildningar (”workshops”) i BT och KBT
- Handledar- och lärarutbildning i psykoterapi

BTF är medlem i European Association for Behavioural and Cognitive Therapies. Antalet medlemmar i föreningen var under år 2007 ca 1.300. De flesta medlemmar är psykologer men även psykiatrer, socionomer, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper inom vårdsektorn finns representerade i föreningen.

#### **Bli medlem via hemsidan. Som medlem i BTF får du:**

1. Föreningens medlemstidning ”Beteendeterapeuten”
2. Föreningens vetenskapliga tidskrift ”Cognitive Behavior Therapy”
3. Aktuellt om KBT - regelbundna sammanställningar av aktuell forskning
4. Möjlighet att delta i KBT-listan - en mailinglista där du kan debattera, fråga om råd, ge råd eller bara läsa andras inlägg kring frågor som har med BT och KBT att göra
5. Möjlighet att (om du är minst ”steg 1-utbildad” i BT/KBT) finnas med på föreningens offentliga sökbara terapeutlista
6. Via hemsidan tillgång till föreningens omfattande arbetsmaterial (formulär, manualer, rationaler, etc.)
7. Stora rabatter på s.k. workshops och studiedagar i BT och KBT
8. ...och en hel del annat

[www.kbt.nu](http://www.kbt.nu)

# Familjeterapi

## - en systemisk terapiform

### Bakgrund

Familjeterapi är en form av psykoterapi där man arbetar med hela eller delar av familjer för att lösa problem, bemästra svåra livssituationer och komma vidare i kriser. Familjeterapi introducerades i Sverige redan i slutet av 1960-talet, och har sedan dess utvecklats och fått en bred spridning över hela landet. Genom att man tidigt kunde påvisa positivt dokumenterade effekter av familjeterapi, blev denna riktning en av de första som godkändes för legitimation som psykoterapeut i Sverige. Familjeterapi uppstod som en reaktion på erfarenheter av individuella behandlingar, där man ofta kunde se att behandlingseffekter gick tillbaka efter att individen återvänt till sin familj. Man började förstå mer om hur en familj kunde bidra till både uppkomsten och vidmakthållandet av problem. På senare år har familjens betydelse i dessa avseenden betonats allt mindre. Desto större vikt fäster man numera vid familjen som en positiv resurs för övervinnandet av olika svårigheter. Sedan mer än tjugofem år tillbaka bedrivs en systematisk utvärderingsforskning inom familjeterapiområdet i Sverige.

### Familjeterapi och andra former av familjesamarbete

Familjeterapi är en form av psykoterapi som bedrivs av därtill speciellt utbildade personer. Familjeterapi är ett gemensamt frivilligt projekt med överenskomna mål och arbetsformer. Den kan bedrivas i privat eller offentlig regi. Familjeterapi skiljer sig från andra former av familjebehandling, familjestöd och familjesamarbete som förekommer inom psykiatrin, socialtjänsten och i den privata sektorn genom dels psykoterapeutens speciella utbildning, dels det speciella psykoterapeutiska kontrakt som utformas.

### Teori

Teoretiskt grundar sig familjeterapin på systemteorin. Denna innebär i korthet att i ett mänskligt system är helheten alltid mer än summan av delarna. Delarna i ett system hänger samman i ett ömsesidigt samspel, där alla delar påverkar de andra. Sker en förändring i en del av systemet så påverkas också de andra delarna. Detta har stora konsekvenser för psykoterapin. Det innebär till exempel:

1. Att en förändring i en del av ett system, t.ex. en familj, kan motverkas eller förstärkas av andra delar i systemet. Ett psykoterapeutiskt förändringsarbete kan alltså bli mer verkningsfullt om olika delar av det system som omger den lidande personen engageras i processen.

2. Att en förändringsprocess kan bli mer intensiv om flera personer ur samma familj tar med sig erfarenheter från gemensamma samtal och arbetar vidare med detta också mellan samtalen. På så sätt kan psykoterapin ofta bli både kortare och mer intensiv.
3. Att en återgång till tidigare problembeteende blir mindre sannolik, om de närstående har genomgått en gemensam förändringserfarenhet.

Systemteorin är också en teori för att beskriva processer inom individen och mellan individer. Inom individen samspelar handlingar, tankar och känslor på ett sådant sätt att de ömsesidigt påverkar varandra. De individuella psykoterapierna har olika inriktning beroende på om de fokuserar mest på handlingsaspekten, på känslaspekten eller på tankeaspekten. Men också mellan individerna i en familj samspelar handlingar, tankar och känslor i system. Det innebär att familjeterapeuten kan arbeta både med systemet av känslor, av tankar och av handlingar. Ibland arbetar familjeterapeuten huvudsakligen med vad man *gör*, interaktionssystemet. Samtalen blir möten där man utforskar vad man kan göra annorlunda. I andra lägen arbetar man mer med tankarna, föreställningarna, hur man i familjen *tänker* om vad som är möjligt och omöjligt. Systemteorin säger att en förändring på en systemnivå åtföljs också av förändringar på andra nivåer.

Systemteorin är en övergripande teori. Men familjeterapeuten använder sig också av utvecklingspsykologiska, psykiatriska, inlärningspsykologiska och socialpsykologiska teorier för att vägledas i sitt arbete.

## **Det salutogena perspektivet**

Familjeterapi i Sverige idag kan se mycket olika ut idag, men ett förenande drag är vad vi skulle kunna kalla "Det salutogena perspektivet" (Det hälsofrämjande). Det innebär två saker. För det första att man grundar sig på kunskaper om vad det är för faktorer i människors liv som skapar hälsa. (I psykoterapiens tidiga historia tänkte man tvärtom, man fokuserade helt på att försöka förstå vilka faktorer som skapade sjukdom och problem.) Det innebär att familjeterapeuten genom samtalen försöker bidra till att klienternas liv blir begripliga, hanterbara och meningsfulla. Det salutogena perspektivet innebär vidare att terapeuten har sitt huvudintresse inriktat mot här och nu och mot framtiden, medan det förflutna spelar en bakgrundsroll. Terapeuten är också förhållandevis mer intresserad av att urskilja resurser och positiva erfarenheter än av brister och ofullkomligheter. Det salutogena perspektivet utesluter inte att man också fokuserar på svåra upplevelser, men detta kommer att ta mindre plats än många föreställer sig.

## Vad är familjeterapi bra för?

Familjeterapi har prövats på en mängd psykiatriska, sociala och relationella problem. De bäst dokumenterade effekterna vid stora jämförande vetenskapliga studier har visats vid en mängd olika beteende- och känslomässiga problem hos barn och ungdomar. Därför har familjeterapi sedan länge en stark plats som behandlingsmetod vid våra barn- och ungdomspsykiatriska kliniker. Vidare har det visat sig vara framgångsrikt vid arbete med äktenskapskriser och samlevnadsproblem inom äktenskapet. Med vuxna klienter har familjeterapi utvärderats med positiva resultat vid missbruk i olika former och vid allvarlig psykisk sjukdom. Allt fler studier visar också på familjeterapins roll vid behandling av svåra kroppsliga sjukdomstillstånd både hos barn och vuxna. När familjeterapi har jämförts med andra psykoterapiinriktningar, har resultaten oftast varit att familjeterapi är lika bra, i några fall bättre än andra metoder. När det gäller anorexi, utagerande beteende och kriminalitet hos ungdomar finns särskilt god dokumentation om effektivitet.

## När bör familjeterapi väljas?

*Känslomässiga och beteendemässiga problem hos barn och ungdomar.*

*Relationsproblem inom familjen eller äktenskapet.*

Som en nödvändig del i en sammansatt behandling när det gäller:

*Svår psykisk sjukdom.*

*Missbruk.*

*Våld inom familjen.*

Familjeterapi är en väl beprövad metod med effekter jämförbara med andra psykoterapeutiska metoder avseende:

*Ångest, depression, kriser och olika anpassningssvårigheter.*

Familjeterapi kan vara den enda möjliga psykoterapeutiska metoden när målpersonen själv inte är tillräckligt motiverad för ett krävande förändringsarbete, men där det finns en engagerad familj som tillsammans kan få ett psykoterapeutiskt arbete igång. För människor som kommer från en mer familjeorienterad kultur än den svenska är det ofta naturligt att välja familjeterapi.

## Hur går det till?

Vanligen får den sökande själv bestämma vilka familjemedlemmar som ska delta vid det första samtalet. I allmänhet är det en fördel om så många som möjligt som bor under samma tak kan delta från början. Därefter avtalas gemensamt vilka som ska delta. Det kan variera mycket under terapins gång. Även individuella samtal kan förekomma inom en familjeterapis ram. Ofta kan stora förändringar uppnås på relativt få samtal. Det är vanligt att en familjeterapi

innehåller mellan fem och femton samtal under ett års tid. I vissa fall kan en behandling bli längre. Ett samtal är mellan 45 och 90 minuter långt. Metodi-ken avpassas till deltagarnas ålder och stil. Många familjeterapeuter föredrar att ge hemuppgifter mellan samtalen. Förutsättningen för att familjeterapi skall lyckas, och det gäller ju all psykoterapi, är att en god kontakt mellan terapeut och familj etableras tidigt. Terapeuten lämnar oftast stor frihet till deltagarna att välja *vad* man bör prata om, men hon är i allmänhet relativt aktiv och styrande i *hur* samtalet förs. För att ett samtal ska bedrivas så effektivt som möjligt, föredrar många terapeuter att arbeta i co-terapi. I vissa fall kan man få möjlighet att ha ett team som deltagare i samtalet. Teamet kan då via reflektioner bidra till att samtalet förs framåt och man fördjupas i sin förståelse av problemen. Även videoåtergivning av samtal kan i vissa fall vara ett värdefullt hjälpmedel.

### **Vilka olika familjeterapeutiska metoder finns det?**

Familjeterapi har utvecklats i mötet med olika typer av problemställningar till att bli alltmer specifik. Här följer några av de i Sverige mer kända varianterna av familjeterapi.

**Systemisk familjeterapi** kan dels beteckna de flesta familjterapi som bygger på systemteoretisk grund, men det kan också betyda en mer specifik form där man arbetar med en speciell intervjuteknik och undviker att ge familjen direktiv. Systemiska principer kan också tillämpas i psykoterapeutiskt arbete med individer och grupper.

**Narrativ terapi** inriktar sig på att lyssna efter familjens berättelse och att i samspel omskapa den.

**Lösningsfokuserad familjeterapi** inriktar sig snabbt på att finna och förstärka familjens egen väg till lösningar.

**Funktionell familjeterapi och multisystemisk terapi (MST)** är vetenskapligt utprovade metoder som speciellt riktas till ungdomar med asocialt utagerande.

**Marte Meo och Barnorienterad familjeterapi** är metoder som inriktar sig på samspel mellan föräldrar och mindre barn, och där videoåtergivning spelar en stor roll.

**Psykopedagogisk familjeterapi** har ett tydligt pedagogiskt innehåll, och tillämpas mest vid psykiatriska och somatiska sjukdomstillstånd.

Det viktiga för den som söker hjälp är inte att hålla reda på alla dessa metoder, utan att diskutera med psykoterapeuten om hur hon arbetar och att man gemensamt kommer överens om ett arbetssätt som passar båda parter.



## Var kan man få familjeterapi, och vad kostar det?

På barnpsykiatriska kliniker, på vuxenpsykiatriska kliniker och på många kommunala familjerådgivningar finns det legitimerade psykoterapeuter med familjeterapeutisk inriktning. I de större städerna finns det också i allmänhet privatpraktiserande familjeterapeuter under rubriken ”Legitimerade psykoterapeuter” på Gula Sidorna. Kan man få remiss till en privatpraktiserande familjeterapeut kostar samtalet som ett besök i landstingets sjukvård. Annars får man vara beredd att betala 800 kr – 1200 kr per samtal. Legitimerade familjeterapeuter utbildas på universiteten i Lund, Göteborg, Linköping och Umeå samt vid enskilda institut i Stockholm.

## Referenser

### *Orientering om familjeterapi:*

- Abrahamsson, E., Berglund, G. (1997). *Skapande konversation. Möten med familjeterapeuter och deras ideer*. Stockholm: Mareld.
- Hansson, K., Sundelin, J. (red) (1995). *Familjeterapi. Tillämpningar ur ett svenskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Hårtveit, H., Jensen, P. (2005). *Familjen plus en. En resa genom familjeterapins praktik och idéer*. Stockholm: Mareld.
- Lundsbye, M. et al (2000) *Familjeterapins grunder. Ett interaktionistiskt perspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Olsson, H., Petitt, B. (1999). *Familjeterapilexikon*. Stockholm: Mareld.
- Carr, A. (2000). *Family Therapy, Concepts, Process and Practice*. London: Wiley.
- Gurman, A. S., Knisker, P. D. (eds) (1991). *Handbook of family therapy, vol II*. New York: Brunner/Mazel.

### *Forskning om familjeterapi:*

- Carr, A. (2000a). Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation. I Child-focused problems. *J Family Therapy, Vol 22* 29-6.
- Carr, A. (2000b). Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation. II Adult-focused problems. *J Family Therapy, Vol 22* 273-295.
- Cotrell, D., Boston, P. (2002). Practitioner review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child psychology and psychiatry, Vol 43* 573.
- Diamond, G. S. et al (1996). Current status of family-based outcome and process research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35:1*, jan 1996.

- Hansson, K. (2001). *Familjebehandling på goda grunder. En forskningsbaserad översikt*. Stockholm: Gothia.
- Hansson, K., Cederblad, M. (2004). Sense of coherence as a metatheory for salutogenic family therapy. *Journal of family psychotherapy, Vol 15 nr 1-2*, 39-54.
- Jones, E., & Asen, E. (2000). *Systemic couple therapy and depression*. London: Karnac.
- Lundblad, A-M. (2005). *Kärlek och hälsa. Parbehandling i ett folkhälsooperspektiv*. Akademisk avhandling, Göteborgs Universitet.
- Sundelin, J. (1999). *Intensive family therapy – a context for hope put into practice*. Akademisk avhandling, Lunds Universitet.

### **Svenska Föreningen för Familjeterapi - SFFT**

SFFT bildades 1987 i samband med den första nordiska kongressen i familjeterapi 1987 i Linköping. Inom föreningen finns nio regionala föreningar som alla ger ut medlemsblad och arrangerar föreläsningar, workshops och andra lokala aktiviteter. Riksföreningen arrangerar en årlig konferens och ger ut tidskriften Svensk Familjeterapi. Vart tredje år arrangeras tillsammans med övriga länder en nordisk kongress. Föreningen är öppen för alla som är intresserade av familjeterapi. Den har ca 1000 medlemmar. Gå med via hemsidan nedan.

Riksföreningen är medlem i NFTO, National Family Therapy Association.

**[www.sfft.se](http://www.sfft.se)**

# Gruppsykoterapi

## Vad är gruppsykoterapi?

Gruppsykoterapi eller gruppterapi som man i allmänhet säger – är psykoterapi där flera människor samtidigt träffar en terapeut.

Gruppen kan vara symptom- eller probleminriktad, t.ex. flickor som varit utsatta för incest, barn till missbrukande föräldrar, individer med ätstörningar, tonårsgrupper, individer med utmattningsdepression, krisgrupper o.s.v.

Gruppen kan också vara mer allmän och vända sig till individer med olika kön, ålder och problem.

Det som är gemensamt är att man, på ett läkande sätt, använder sig av de dynamiska krafter som finns i en grupp. Det kan röra sig om allt från att känna igen sig hos andra - man är inte ensam, hoppet man ser när andra blir bättre, vad man kan lära av andras erfarenheter, glädjen av att betyda något för någon annan, bättre social kompetens till mer komplicerad mellanmänsklig inläring med insikt på flera nivåer.

## Människan påverkas och formas av sin relation till betydande andra

Människan påverkas och formas av sin relation till betydande andra, föräldrar, skola, arbete, kamrater. Oavsett vilka akuta problem man lider av så visar sig människans svårigheter i förhållandet till andra, att framträda inför andra, att ta plats, att utveckla och behålla relationer, att klara av både intimitet och separationer. Svårigheterna är naturligtvis olika mellan olika människor, men de svårigheter som finns inom varje individ, bl.a. beroende på tidigare erfarenheter, visar sig i närvaro av och i kontakt med andra.

## Ett socialt mikrokosmos

Gruppen kan sägas vara ett socialt mikrokosmos - ett samhälle i miniatyr. Varje gruppmedlem får möjlighet att i gruppen undersöka sitt förhållande till de andra medlemmarna i gruppen och på det viset bättre förstå hur tidigare erfarenheter från den närmaste omgivningen (föräldrar, kärleksrelationer, vänskapsförbindelser, chefer och arbetskamrater) påverkar den bild man har av sig själv.

## En ”spegelsal” för individen

Gruppen fungerar som en ”spegelsal”. Anonymiteten och ramarna kring gruppen ger en trygg bas för att undersöka relaterandet till andra och på så vis utvecklas en medvetenhet om det egna agerandet och om hur man uppfattas av andra.

Gruppens omfattningsförmåga - grupptherapeutens och gruppmedlemmarnas gemensamma potential, bygger på samtligas livserfarenheter, kunskaper, känslor och tankar.

### **Att utveckla förmågan att kommunicera**

Det fritt flytande samtalet i gruppen är motsvarigheten till psykoanalysens fria associationer. En av de viktigaste uppgifterna i gruppen är att utveckla förmågan att kommunicera, en utveckling som brukar jämföras med den terapeutiska processen. Utveckling av kommunikationen innebär att dilemma, konflikter och förut dolda underliggande och omedvetna svårigheter kan artikuleras i språket.

### **Historik**

**Joseph Pratt** brukar räknas som gruppterapins pionjär. Han var invärtesläkare och behandlade patienter med svår tuberkulos som han samlade i grupper, då han insåg sambandet mellan kropp och själ och därför ville behandla hela individen. Han beskrev sin gruppterapi redan 1905.

**Jacob Moreno** (psykodramats konstruktör), ansåg redan 1912 att Freud var begränsad i sina teorier och ville ta vid där han upplevde att Freud slutade, genom att låta patienterna i en terapigrupp leva ut sina drömmar. Med sig själv som regissör uppmuntrade han gruppmedlemmarna att utnyttja de processer som uppstod i gruppen mellan dess olika deltagare.

**Adolf Adler**, som tillhört kretsen kring Freud, var övertygad om att inte bara den inre dynamiken påverkar människor och deras personlighet utan även yttre interaktioner. Sociala motiv är viktiga för individens utveckling. 1921 började han och hans kolleger med kollektivterapi.

**Trigant Burrow** (en av de psykoanalytiska pionjerna i USA) började experimentera med grupper under 1920-talet. Någon form av fältteorier började formuleras av gruppintresserade analytiker, där gruppen sågs som någon form av helhet.

**Kurt Lewin** var socialpsykolog och ansåg att gruppen är ett fält av krafter/spänningar, som motsvarar de behov och mål gruppdeltagarna strävar efter. Krafterna påverkar varandra, så att gruppen alltid är något annat än summan av sina delar.

**Helen Durkin** försökte 1964 ge ett psykoanalytiskt djup som komplement till den socialpsykologiska forskningen, som sedan 1930-talet bedrivits av Kurt Lewin och hans efterträdare, genom att försöka formulera en psykoanalytisk teori om gruppens dynamik.

I slutet av 2:a världskriget började man använda gruppsykoterapi för att behandla soldater som blivit hemskickade från sina förband p.g.a. psykiska reaktioner.

Vid Northfield, ett militärsjukhus utanför London, växte gruppanalytisk psykoterapi och psykoanalytisk gruppterapi fram. På detta sjukhus arbetade först W. R. Bion och senare även S. H. Foulkes.

**W. R. Bion** "Experiences in Groups" utkom år 1974. Bion benämner tre grundantaganden som försvar i grupper: beroende, flykt/kamp och parbildning i förhållande till den arbetande gruppen. Dessa begrepp har varit centrala i förståelsen av och kunskapen om grupp- och organisationsutveckling.

**S. H. Foulkes** initierade och utvecklade den gruppanalytiska psykoterapin. Analys i, av och genom gruppen är ett uttryck som fångar essensen i begreppet gruppanalys. Utvecklingen av förmågan att kommunicera står i centrum för Foulkes teorier.

På 60-talet började en del psykoanalytiker i Sverige att intressera sig för grupper. Under 70-talet växte det fram gruppterapiutbildningar och gruppterapiföreningar över hela landet. Grupper var på modet inte minst inom arbetslivet. Många av dessa grupper var aktionsinriktade och uppmuntrade utlevelse, ofta i primitiva och naiva former. Svenska föreningen för Gruppsykoterapi bevarade emellertid sin analytiska tradition.

## **Vad är gruppsykoterapi bra för?**

Gruppsykoterapi erbjuder unika möjligheter att undersöka och förstå sitt förhållande till sig själv och andra. Genom gruppen kan man pröva sitt förhållnings-sätt till andra och bättre förstå sina relationer även utanför gruppen. I gruppen kan man dela oro och farhågor och få hjälp att se nya lösningar på sina problem. Man får höra om andras liv och får nya perspektiv på sitt eget.

I gruppen kan varje medlem växla mellan att vara huvudperson, medspelare, åskådare eller hjälpare. Förmågan att kommunicera utvecklas. När en tillräcklig grad av sammanhållning uppstått i gruppen med inbördes acceptans och tillit, finns också förutsättningar för att djupare och mer okända motiv och behov hos medlemmarna skall göra sig gällande. Emotionella erfarenheter kan bearbetas och ge ökad självinsikt och mognad.

## **För vem är det bra?**

Oavsett vilka akuta problem man lider av, så rör i grunden alla människors svårigheter förhållandet till andra. Att framträda inför andra, att behålla och utveckla relationer, att klara intimitet och separationer är något som kan bearbetas i gruppsykoterapi. De svårigheter som finns inom varje enskild människa visar sig i närvaro av och i kontakt med andra och terapiformen är därför tillämpbar i de flesta situationer och för de flesta problem. Det är dock inte självklart att alla passar i samma grupp, men man kan skapa grupper för alla.

## **Hur går det till?**

Innan gruppterapin börjar, träffar man gruppterapeuten för bedömnings- och informationssamtal.

Gruppterapin kan antingen ske i slutna form – alla börjar och slutar samtidigt, eller i halvöppen form – där deltagaren börjar i en redan pågående grupp och man själv bestämmer, när man vill sluta. På det sättet kan deltagarna själva bestämma den tid de går i gruppen och både start och avslutning blir mer individuell. Det är dock viktigt att ha en viss uppsägningstid, för att ge möjlighet att bearbeta problem med separationer.

Gruppsykoterapi innebär oftast att gruppen träffas en gång per vecka i 1½ timme under en längre period. Enstaka grupper träffas 2 ggr per vecka.

Gruppen kan även vara en korttids grupp, då man träffas 12 – 20 gånger. Ofta är den då fokuserad på något speciellt problemområde.

Gruppterapin har vissa ramar som man förbinder sig att följa i en överenskommelse med gruppterapeuten. Det kan gälla att man förbinder sig att gå i gruppen en viss tid, att man har viss uppsägningstid innan man slutar, att man inte träffas utanför gruppen eller lämnar ut information om enskilda gruppmedlemmar. Överenskommelsen gäller också tid och plats samt hur betalningen bör ske.

### **Var kan man få gruppterapi? Vad kostar det?**

- På vissa psykiatriska mottagningar finns möjlighet till gruppterapi.
- Psykoterapisällskapet i Stockholm [www.psykoterapisallskapet.se](http://www.psykoterapisallskapet.se)
- Svenska Föreningen för Gruppsykoterapi och Grupputveckling bedriver förmedling för den som vill gå i grupp. Förmedlaren svarar även på frågor om gruppterapi. Meddelande kan lämnas på telefonsvarare (08-32 73 43). Man kan även gå in på föreningens hemsida [www.gruppterapi.org](http://www.gruppterapi.org) och få namn och telefonnummer till gruppterapeuter anslutna till förmedlingen.

Gruppsykoterapi är vanligtvis mindre ekonomiskt betungande än individualterapi.

### **Referenser**

- Agazarian, Y. M., Peters, R. (1995). *The visible and Invisible Group*. London: Karnac
- Barnes, E. and H. (1988). *An introduction to groupwork*. New York: Palgrave.
- Dalal, F. (1998). *Taking the Group Seriously - toward a post - Foulkesian Group Analytic Theory*. London: Jessica Kingsley Publisher.
- Foulkes, S. H. (1986). *Group Analytic Psychotherapy. Method and Principles*. (reprint 2002). London: Karnac.
- Litzell Berg, P. (1997). *Om co-terapi och grupp*. Psykoterapeutiska Skriftställningar Nr 14.
- Stock Whitaker, D. (2001). *Using groups to help people*.

Hove: Brunner-Routledge.

Widlund, I. (red.) (1995). *Den analytiska gruppen*.

Stockholm: Natur och Kultur. Finns som e-bok.

Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*.

New York: Basic Books.

*Svensk forskning:*

Ahlin, G. (1996). *Exploring psychotherapy group cultures*.

Akademisk avhandling, Institutionen för neurovetenskap, Karolinska Institutet.

Lundqvist, G. (2005). *Childhood sexual abuse. Women's mental and social health before and after group therapy*.

Akademisk avhandling, Medicinska fakulteten, Lunds universitet.

**Svenska Föreningen för  
Gruppsykoterapi och Grupputveckling**

bildades år 2002. Den har sina rötter i tidigare lokala gruppsykoterapiföreningar och Riksförbundet för Gruppsykoterapi, som var en paraplyorganisation för de lokala föreningarna. Föreningen är en intresseförening och har till uppgift att utveckla kunskap om grupper och professionellt arbete med grupper, vilka syftar till att bearbeta medvetna såväl som omedvetna psykiska och sociala processer. Föreningen har c:a 100 medlemmar och är internationellt ansluten till EFPP (European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the public sector) och IAGP (International Association for Group Psychotherapy and Group Processes). Legitimationsgrundande utbildning bedrivs på Psykoterapisällskapet i Stockholm. För vidare information: [www.psykoterapisallskapet.se](http://www.psykoterapisallskapet.se)

**[www.gruppterapi.org](http://www.gruppterapi.org)**

# Hypnospsykoterapi

## Vad är hypnos?

Hypnos är ett samlingsbegrepp för ett flertal imaginativa och fokuserande behandlingsmetoder. Ordet hypnos används också för att beteckna det tillstånd som metoderna leder fram till, ett tillstånd som gynnar behandlingen. Ibland används ordet ”trance” eller FMT (förändrat medvetandetillstånd). Tillståndet kan kännas igen från andra sammanhang och med andra etiketter såsom mental träning, yoga, meditation, mindfulness, mm. I hypnos är man vaken, medveten och fullt kapabel att avbryta det som händer. Man väljer själv vad man vill säga under hypnosen eller efteråt. Man kan t.o.m. ljuga om man vill, på samma sätt som man kan ljuga i andra sammanhang. Det är mycket sällsynt att klienter glömmet vad de sagt i hypnos – troligen lika ovanligt eller vanligt som att glömma vad man sagt i en ordinär samtalsterapi. Däremot har man svårt att lura sig själv i hypnostillståndet, om man inte har starka skäl till det. Det är vanligt att klienter upplever att de kommer väldigt nära sitt allra innersta, i kontakt med sitt nakna, autentiska jag. När man känner sig psykiskt naken är man sårbar. Hypnoterapeuten använder därför aldrig sina tekniker mekaniskt, utan måste ha en särskilt stor lyhördhet för nyanser i kommunikationen.

## Till vad nytta?

Nyttan med att guida klienten in i ett förändrat medvetandetillstånd är att det öppnar klientens medvetande, ger en större tillgång till kreativa lösningar samt tillgång till personliga känslor, minnen och behov. Terapeuten kan använda hypnos för att lyfta fram just de känslor, tankar och beteenden som har betydelse för klientens utveckling i enlighet med de överenskommelser som gjorts mellan klient och terapeut avseende mål och innehåll. Önskade, men envisa känslor, tankar och beteenden som klienten upplever hindrande kan också lyftas fram, förtydligas och begripliggöras på ett sätt som hjälper klienten att på sikt bli friare i sina val. Även önskvärda, men hämmade eller nedtryckta egenskaper, känslor, tankar och beteenden kan lockas fram betydligt snabbare med hypnos än i traditionell samtalsterapi.

## Hur har hypnosen utvecklats?

Hypnos har en mer än 100 år lång tradition. Begreppet myntades av den skotske läkaren James Braid år 1841. Från att på den tiden användas för att lindra smärta och psykiska besvär, har hypnosen under 1900-talet utvecklats och återupptäckts som effektiv i behandlingen av i stort sett varje, för tidsandan



uppmärksammas, diagnos. Lärofäderna Sigmund Freud, Pierre Janet och inte minst Ambroise-August Liebeault lyckades alla med konststycket att med hjälp av hypnos få fram bortträngda upplevelser som orsakat besvär senare i livet. Freud var då nybörjaranalytiker och insåg ännu inte relationens betydelse i behandlingsarbetet. Till skillnad från Liebeault använde han hypnos på ett auktoritärt sätt, vilket kan förklara varför han lämnade metoden, eller snarare modifierade den till en associationsmetod som faktiskt har stora likheter med hur man använder hypnos idag.

Modern hypnos används med stor respekt för klientens integritet, behov av tid, behov av egenkontroll, samt inte minst behovet att känna terapeutens fullständiga närvaro och empati.

Idag betraktas hypnos inte som en egen psykoterapiform, utan ses som en användbar metod inom ramen för någon av de etablerade psykoterapeutiska skolbildningarna. De legitimerade psykoterapeuter som är medlemmar i SFKH (Svenska föreningen för Klinisk Hypnos) kan ha en kognitiv, beteendeterapeutisk eller en psykodynamisk teoretisk grund. Det som förenar psykoterapeuterna inom SFKH, är att vår kunskap om hypnos och hypnosens utveckling övertygat oss om människans omedvetna kapacitet till förändring och utveckling. Vi är därför inte bundna till de metoder som särskiljer de olika skolorna, utan känner oss fria att integrera kunskap från olika skolbildningar. Denna integrativa ståndpunkt hos våra medlemmar förstärks vid de internationella kongresser som samlar alla medlemsländerna till föreläsningar och kunskapsutbyte. SFKH ingår i ESH (European Society for Hypnosis) och ISH (International Society for Hypnosis). Dessa paraplyorganisationer har strikta medlemskriterier och etikregler.

## **Vem får behandla med hypnos?**

Etikregler och nationell lagstiftning kring utövanderätten är nödvändig. Hypnos är ett kraftfullt verktyg som i fel händer kan missbrukas, varför vi är särskilt angelägna om att behålla den svenska lagstiftning som hindrar lekmän från att behandla med hypnos. Den som söker sig till en hypnosterapeut uppmanas att endast anlita en behandlare med en legitimation i ett vårdyrke eller en kandidat under utbildning hos SFKH. Detta förtjänar att nämnas eftersom det i Sverige finns alternativa hypnosföreningar som utbildar lekmän inom den s.k. friskvården, och som inte fyller kriterierna för medlemskap i SFKH. En eventuell felbehandling hos sådan lekman kan inte anmälas hos vare sig Socialstyrelsen eller facklig etisk kommitté, således saknas patientskydd.

## **Vilken inriktning och människosyn har hypnosterapeuter?**

SFKH, ESH och ISH står på en vetenskaplig grund med förankring i den kliniska metodutveckling som ständigt pågår internationellt. Vi anser att olika inriktningar kompletterar varandra: Den psykodynamiska kunskapsgrunden ger en gedigen förståelse för omedvetna krafter bakom symptom. De metoder som utvecklats inom den kognitiva psykologin har bidragit med sådana praktiska metoder, som alltid funnits i hypnosterapeutens verktygslåda, om än under olika namn och med olika upphovsmän, som tillskrivs äran av att ha ”uppfunnit” metoden. Effektiva metoder upptäckts ofta samtidigt inom divergerande skolbildningar och presenteras sedan på det språk som respektive skola använder, eller presenteras som något fullständigt nytt och revolutionerande – så att allmänheten förleds tro att det handlar om unika eller nya terapiformer. Hypnosterapeuter eftersträvar alltså att se essensen i de nya metoderna och integrera dessa med beprövad traditionell metodik. Exempel: En hypnosterapeut använder sin psykoanalytiska kunskap om utforskandets betydelse, och använder hypnosmetoder för att effektivisera detta utforskande moment. Terapeuten kan på så sätt tämligen snabbt hjälpa sin klient att finna hur aktuella problem har sin grund i tidigare erfarenheter. Terapeuten kan hämta inspiration från beteendeterapi och andra symptombemästrande inriktningar. Hon/han kan också ge sin klient hypnos mot smärta eller sömnproblem, under en pågående insiktsorienterad (psykodynamisk) terapi. En rökare eller matmissbrukare kan få hjälp av sin hypnosterapeut att utforska vilka omedvetna krafter som döljer sig under missbruket, samtidigt som terapeuten kan hjälpa klienten att mentalt stärka motivationen till sundare vanor. Hypnostillståndet ger en större intensitet i upplevelserna och terapeuten kan stärka klientens självkänsla och tillit till sin kapacitet.

En kognitivt utbildad psykoterapeut med hypnoskompetens kan använda metoder som många menar är psykodynamiska, t.ex. att utforska hur tidiga upplevelser påverkat utvecklingen av aktuella besvär. Hypnosterapeuten är mycket vaksam på tidigt inlärdade mönster hos sin klient, och använder gärna hypnos som ett redskap att finna när och hur mönstren uppstod, samt vad som behövs för att frigöra låsningar och möjliggöra utveckling.

Psykoterapeuter som använder hypnos integrerar metoder från olika skolor och har mycket gemensamt, trots olika teoretisk grund.

## **Hur hittar man en lämplig hypnosterapeut?**

I valet av hypnosterapeut är klienten alltså inte så hjälpt av att fråga efter huruvida psykoterapeuten arbetar kognitivt eller psykodynamiskt. Detta nämns speciellt här, eftersom det numera är en vanligt förekommande fråga. Blivande klienter

är nog mer betjänta av att pröva en rekommenderad psykoterapeut och lita på sin upplevelse av denne terapeut under intervjun. En känsla av att bli sedd, rätt uppfattad, förstådd och väl mottagen är en god början. Om klienten sedan känner att psykoterapeuten anpassar sin hypnosmetod så att den känns trygg, givande och personligt utformad, talar detta för en god prognos. Det innebär att terapeuten använder sin hypnoskunskap på helt olika sätt med olika klienter, alltifrån att använda tydliga hypnostekniker som upplevs klart annorlunda än samtalet före och efter hypnosen, till att under själva samtalet mjukt guida klienten in i ett fokuserande som innebär att stanna upp och utforska t.ex. ett ord, en tanke, ett uttalande eller ett minnesfragment.

## För vem är hypnos bra?

Generellt kan man säga att den som inser att hans/hennes problem har en psykologisk aspekt, kan kontakta en hypnosutbildad psykoterapeut för ett bedömnings-samtal. Läkare rekommenderar ibland patienter att vända sig till en hypnoskunnig psykoterapeut när kroppsliga besvär är stress- eller orosrelaterade, oavsett om det handlar om kroppslig sjukdom, svårförklarlig smärta eller oro. Den klient som är öppen för att pröva hypnos, måste vara medveten om att hypnosterapi alltid är ett arbete där psykoterapeuten är som en kartläsare med överblick över landskapet och var i processen man befinner sig, men att klienten ändå är den som för fordonet. Den som förväntar sig att hypnosterapeuten tar över spakarna och suggererar en passiv halvsovande klient som lämnar behandlingsrummet frisk och botad, utan egen ansträngning, kommer att bli besviken.

Om hypnos är lämplig i det enskilda fallet bedöms i intervjun. Om klienten känner förtroende för den intervjuande psykoterapeuten, kan valet bli att fortsätta arbeta psykoterapeutiskt tillsammans oavsett om hypnos används eller om man avvaktar med den metoden.

## Referenser

*Orientering i klinisk hypnos:*

- Brown, D., & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and Hypnoanalysis*. London: Karnac/Earlbaum.
- Enqvist, B. (2004). *Inbjudan till Trance. Hypnos i vård och terapi*. Stockholm: Mareld.
- Olness, K., & Kohen, D. (1996). *Hypnosis and Hypnotherapy with Children*. (3e uppl.) New York: Guilford.
- Spiegel, H., & Spiegel, D. (2004). *Trance and Treatment. Clinical Uses of Hypnosis*. (2a uppl.) Arlington, Va: American Psychiatric Publishing.

### Exempel på tillämpningsområden och forskning:

- Carolusson, S. (1998). Hypnosis and Transference in the Treatment of Depression. *hypnos, the Journal of European Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, vol. 25, 2. 78-86.
- Enqvist, B. (2000). Rädsla, ångest, fobi. *hypnos, the Journal of European Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, nr 4-2000.
- Gonsalkorale, W., Houghton, L. A., & Whorwell, P. (2002). Hypnotherapy in irritable bowel syndrome. A large-scale audit of clinical service with examination of factors influencing responsiveness. *American Journal Gastroenterology*, 97, 954-961.
- Karilampi, U., & Carolusson, S. (1995). Marie: a single case study of multiple personality. *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 49. 1995: 133-139.
- Lindgren, E. (2001). Hypnos och Psykosomatisk Problematik. *hypnos, the Journal of European Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, nr 4 – 2001.
- Mutter, C. B. (1986). Post traumatic stress disorder. Ur: Dowd, E. T., & Healy, J. M. (red): *Case studies in Hypnotherapy*. New York: Guilford Press.

### Övergripande förklaringsmodeller och evidens

- Crawford, H. (2001). Neuropsychophysiology of hypnosis: towards understanding of how hypnotic interventions work. I G. D. Burrows et al (red) *International Handbook of Clinical Hypnosis* (s.61-84). New York: Wiley.
- Engdahl, P. (2002). Hypnos och Trance – det neurokognitiva systemet i destabiliserad övergång. *hypnos, the Journal of European Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, nr 1 och 2 – 2002.
- Lynn, S., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardena, E. & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention. The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48 (2), 239-259.

## **Svenska Föreningen för Klinisk Hypnos - SFKH**

Svenska Föreningen för Klinisk Hypnos bildades 1966 och syftar till att främja forskning och utbildning i klinisk hypnos. SFKH ger ut en medlems-tidning med forskningsartiklar och kliniska fallbeskrivningar. Medlemskap är begränsat till av Socialstyrelsen legitimerade yrkesgrupper inom vård och omsorg eller personer som i yrke eller studier är synnerligen relaterade till dessa. 2006 är medlemsantalet c:a 700. SFKH är medlem i European Society of Hypnosis och International Society of Hypnosis och samarbetar med dessa paraplyorganisationer i utbildningsprogram. SFKH har utbildat ca 70 personer till psykoterapeuter och ger dessutom grundkurser i klinisk hypnos, 2-årsutbildningar i medicinsk hypnos, 2-årig basutbildning i psykoterapi (Steg 1) och handledarutbildning.

Epost: [kansli@hypnosforeningen.se](mailto:kansli@hypnosforeningen.se)

**[www.hypnosforeningen.se](http://www.hypnosforeningen.se)**

# Kognitiva och beteendearikade terapier (KBT)

## Vad är det?

### Vetenskaplig förankring

Kognitiva och beteendearikade terapier (KBT) är psykologiska behandlingsmetoder med vetenskaplig förankring och som visat sig vara verksamma vid en rad olika problemområden. Patienten och terapeuten arbetar tillsammans för att kartlägga och förstå problem i termer av sambandet mellan tankar, känslor och beteenden samt hur detta hänger ihop med patientens aktuella livssituation och hennes/hans livshistoria. KBT fokuserar vanligtvis på svårigheter i här-och-nu-situationen, och bygger på att terapeuten och patienten utvecklar en samsyn på individens problem. Detta leder sedan till att man fastställer individualiserade, tidsbegränsade mål och arbetssätt för terapin vilka sedan kontinuerligt följs upp och utvärderas.

### Ett paraplybegrepp

KBT är ett paraplybegrepp för en uppsättning teorier och tekniker baserade på inlärningspsykologiska principer och kognitiv teori/psykologi där betoningen kan läggas olika. De olika delarna under paraplyet kompletterar, snarare än konkurrerar, med varandra. Terapeuter väljer och integrerar arbetssätt utifrån patientens problem och de delar under paraplyet som de är förtrogna med. I KBT finns metoder som t ex Beteendeterapi, Kognitiv terapi, Schemafokuserad terapi, Mindfulness-baserad kognitiv terapi, Acceptance and committment therapy (ACT), Dialektisk beteendeterapi (DBT).

## Hur går det till?

### En samarbetsrelation som utmärks av empati och realistisk optimism

KBT bygger på en samarbetsrelation mellan patienten som är expert på sig själv och sitt liv och terapeuten som är expert på psykoterapi. Praktiskt användbar teori och effektiv metodik kombineras med respekt för komplexiteten i det personliga mötet mellan patient och terapeut. I terapin förväntas patienten arbeta aktivt för att förändra sitt sätt att tänka och sitt beteende i viktiga avseenden. Det här är inte alltid lätt. Det är vanligt att patienten, utöver besvärande symptom, också tyngs av villrådighet, missmod och kanske uppgivenhet i början av kontakten. Därför läggs särskild tonvikt på att samarbetet med patienten utmärks av empati och realistisk optimism. Detta skapar förtroende och tillit och väcker hopp hos patienten om att en bättre tillvaro är möjlig.

### **Uppmärksammar patientens resurser, intressen och personliga värden**

Genom att inte bara kartlägga patientens symtom och aktuella problem utan även resurser, intressen och personliga värden, försöker terapeuten rikta patientens uppmärksamhet mot sina tillgångar. Tanken är att hjälpa patienten att återknyta kontakten med mer positiva aspekter av sig själv, vilket i sin tur ökar motivationen och gör det lättare för patienten att inta en aktiv roll i terapin.

### **Arbetsättet är strukturerat och målinriktat**

Arbetsättet är strukturerat och målinriktat. Terapeuten är aktiv och ställer frågor som hjälper och vägleder patienten att kartlägga och utforska sin livssituation samt sina tankar, känslor, handlingar och deras konsekvenser i sådana situationer som är problematiska. Mindre välfungerande handlings- och tankemönster kartläggs och omprövas.

### **Självkännedom och hanterandestrategier**

Arbetsmetoderna är tankeinriktade (kognitiva), känslolinriktade, upplevelseinriktade (gestaltande) och beteendeinriktade. Syftet är att patienten ska öka sin självkännedom och hitta bättre fungerande hanterandestrategier. Till exempel att kunna omvärdera och förhålla sig annorlunda i mänskliga relationer, till egna tankar och känslor samt att bryta beteendemönster som vidmakthåller problem. Vid fobier och andra rädslor kan det handla om att utsätta sig för det man är rädd för (exponering) i stället för att undvika.

Kunskapsförmedling i både muntlig och skriftlig form är en viktig del av terapin. I KBT kan många olika tekniker användas utöver de traditionella kognitiva och beteendeinriktade teknikerna, t ex gestaltning och arbete med bild eller hypnos.

### **Hemuppgifter och praktiska övningar**

För en mer djupgående och bestående terapeutisk förändring krävs i regel att patienten kan omsätta de kunskaper som vunnits i terapin i sin vardag. Hemuppgifter har därmed en central betydelse i KBT. Mellan terapitimmarna får patienten i uppgift att iaktta och registrera sina tankar, känslor och beteenden i problemsituationer eller via praktiska övningar prova nya förhållningssätt. Praktiska övningar utförs även direkt i terapirummet, och ibland följer terapeuten med patienten ut ur terapirummet för exponeringsövning.

### **Tidsramar och form**

Oftast går patienten i terapi en gång per vecka, men i akutskedan kan besöken vara tätare. Det är vanligt att terapitimmarna glesas ut i slutet av terapin. Det är också vanligt att patienten kommer på ett eller flera uppföljande besök efter avslutad behandling, vilket är ett av flera sätt som används för att befästa förändringar. Oftast är KBT en tidsbegränsad korttidsterapi som omfattar 10-25

sessioner, men kontakten kan vara kortare eller betydligt längre vid mer komplexa problem. KBT bedrivs både individuellt och i grupp samt som vägledad självhjälp. Även parterapi finns som en etablerad behandlingsform.

## För vem?

### Bred tillämpbarhet

KBT är en utprövad och verksam psykoterapiform vid de flesta psykiska störningar samt även vid kroppsliga besvär hos både barn och vuxna. Den breda tillämpbarheten och flexibiliteten gör metoden användbar även vid samlevnadsproblem, vid gruppproblematik samt i organisationsinriktat arbete. I KBT arbetar man med individer, par, familjer och grupper. Metoderna kan användas för att hjälpa människor oavsett förmåga, ålder, etnicitet, kön och sexuell inriktning. Terapeuten anpassar interventionerna efter patientens (eller gruppens) problem, förutsättningar och mål. Patientens egen nyfikenhet och vilja till förändring har stor betydelse för framgång i terapien.

## Hur finner jag en terapeut?

De psykiatriska verksamheterna kan ibland erbjuda KBT på de egna mottagningarna eller förmedla kontakt till privat verksam psykoterapeut. På vissa håll börjar även kognitiv och beteendeoriktad terapi kunna erbjudas inom primärvården. Man kan söka kontakt för egenfinansierad KBT via hemsidan för Svenska föreningen för kognitiva och beteendeoriktade terapier, där legitimerade psykoterapeuter som har auktorisation från föreningen är listade.

## Referenser

*Några självhjälpböcker och grundläggande böcker på svenska:*

- Addis, M. E. & Martell, C. R. (2004). *Ta makten över depressionen steg för steg*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Andersson, G. (2007). *Ut ur depression och nedstämdhet med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Carlbring, P. & Hanell, Å. (2007). *Ingen panik. Fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- d'Elia, G. (2006). *Kognitiv psykoterapi i primärvården*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Furmark, T., Holmström, A., Sparthan, E., Carlbring, P. & Andersson, G. (2006). *Social fobi – effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Liber.
- Gyllenhammar, C. (2007). *Kognitiv och beteendeoriktad behandling vid missbruk och beroende*. Stockholm: Natur och Kultur.



- Hayes, S. C. & Smith, S. (2007). *Sluta grubbla, börja leva*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Nilsson, Å. (2004). *Vem är det som bestämmer i ditt liv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Palm, A. (1994). *Kognitivt förhållningssätt. En psykologisk teori för samverkan med patienten*. Stockholm: Natur och Kultur
- Perris, C. (1986, reviderad 1996). *Kognitiv terapi i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Öst, L-G (red.) (2006). *KBT. Kognitiv beteendeterapi inom psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.

*Några webbaserade forskningsöversikter:*

Statens beredning för medicinsk utvärdering [www.sbu.se](http://www.sbu.se)

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

## **Svenska föreningen för kognitiva och beteendearikade terapier – sfKBT**

sfKBT hette fram till 2006 Svenska Föreningen för Kognitiv Psykoterapi och Forskning, vilken grundades av professor Carlo Perris och medarbetare 1986. Föreningen har sina rötter i kognitiv terapi som utvecklades på 60-talet av Aaron T. Beck, amerikansk psykiater och psykoterapeut och portalgestalt för terapiformen. Under senare år har föreningen vidgats till att omfatta fler teorier och behandlingssätt inom KBT. Syftet med namnbytet var att betona denna utveckling.

sfKBT är en intresseförening som:

- Verkar för att främja kunskap, utbildning, forskning och praktik inom KBT
- Består av en riksförening samt fem lokalföreningar geografiskt spridda i landet
- Har drygt 1000 medlemmar, varav mer än en tredjedel är legitimerade psykoterapeuter och av dessa är drygt 240 auktoriserade av föreningen (febr 2008)
- Är medlem i European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT)
- Ger ut medlemstidningen Sokraten fyra gånger per år inklusive webb-version
- Har en intern diskussionslista SFKBT@yahoogroups.com
- Har återkommande möten i lokalföreningarna, s.k. Sokratiska caféer och ett riksmöte varje år
- Driver inga egna utbildningar, men har nära samarbete med flera utbildningsanordnare och bevakar utbildningsstandards samt etiska riktlinjer
- Förmedlar information om utbildningar, workshops, terapeuter m.m. på hemsidan där även medlemskap kan sökas

**[www.sfkbt.se](http://www.sfkbt.se)**

# Psykoanalys

## Vad är psykoanalys?

Psykoanalys är en *behandlingsmetod* som syftar till att starta en djupgående förändringsprocess i hela personligheten. Dess främsta mål är ökad självkänedom. Vid många slags psykiska störningar och sjukdomar är psykoanalys en unik hjälp till bearbetning och förändring. Den psykoanalytiska behandlingsprocessen ökar individens förmåga att förstå och lösa egna psykiska konflikter och obearbetade trauman. Den syftar till en frigörelse från falska föreställningar om sig själv och omvärlden och bidrar till en mer realistisk självbild. Psykoanalys möjliggör att man kan acceptera erfarenheter av misslyckanden och begränsningar i livet, såväl som att bättre kunna utnyttja sina inre resurser och faktiska möjligheter i den aktuella livssituationen.

Med den psykoanalytiska behandlingsmetoden samlar man in kunskap om människans psyke och hennes samspel med andra. Denna kunskap systematiseras som olika *psykologiska teorier*, med den gemensamma grunduppfattningen om det omedvetnas psykologiska betydelse. Detta kan uttryckas bildligt som att människans medvetna jag endast utgör ”toppen av ett isberg”, eller att ”jaget inte är herre i sitt eget hus”.

De psykoanalytiska teorierna utgör basen också för psykoanalytisk psykoterapi och andra s.k. dynamiska psykoterapiformer. Oavsett hur dessa andra modifieringar ser ut så bildar den psykoanalytiska kunskapen underlaget till många former av psykoterapi, gruppterapi, familjeterapi, hypnosterapi, kroppsinriktad psykoterapi, m.m.

Den psykoanalytiska behandlingen är dessutom i sig en humanvetenskaplig *forskningsmetod*, som syftar till att såväl bygga upp, som att ompröva, teorierna om människans psyke och hennes samspel med andra människor.

## Historik

Psykoanalysen har sitt ursprung hos den österrikiske läkaren Sigmund Freud. Den kom att utvecklas vidare av Freud själv, hans elever och ett antal efterföljare. Psykoanalysen växte fram i och med Freuds pionjärarbete i början av 1900-talet, fram till hans död 1939. Såväl under Freuds levnad, som senare, har psykoanalysen kommit att utvecklas i olika inriktningar. Freud själv formulerade en rad teorier om den psykiska utvecklingen, om drömmar, om driftlivet och barndomssexualiteten, om personlighetens struktur, om ångest, om neurosernas uppkomst, o.s.v. De flesta av dessa teorier arbetade han om och vidareutvecklade i flera olika versioner, allteftersom han mötte nya patienter och gjorde nya kliniska iakttagelser.

Vid sidan av Wien i Österrike där Freud och hans första lärjungar verkade, utgjorde Berlin och Budapest de viktiga orterna i psykoanalysens tidiga historia. Såväl Karl Abraham i Berlin som Sandor Ferenczi i Budapest sådde teoretiska frön till de riktningar inom psykoanalysen som senare kommit att kallas objektrelationsteori.

Psykoanalysens centra flyttades under nazismens maktövertagande i Mellanuropa till USA och London, eftersom merparten psykoanalytiker som var judar tvingades i exil. Psykoanalysen i sig med dess människosyn och emancipatoriska strävanden motarbetades i de totalitära staterna, såväl Hitlertyskland som Sovjetunionen. Till USA hade psykoanalysen kommit tidigt också tack vare en serie föreläsningar som Freud höll redan 1909. Den psykoanalytiska riktning som främst utvecklades i USA var den sk jagpsykologin, som betonar jagets roll i anpassningen till verkligheten. Viktiga företrädare har bl. a. varit Heinz Hartman och Erik H Erikson. Psykoanalytiska riktningar som lade en större vikt vid kulturens inflytande på individen och dennes interaktion med omgivningen, kom tidigt att få inflytande i USA, liksom också den sk självpsykologin. Över huvud taget fick psykoanalys tidigt stor spridning inom samhällsvetenskaperna och i populariserande former, inom USA:s kulturliv.

I England utvecklades psykoanalysen i några olika riktningar. Den ursprungliga driftsorienterade psykoanalysen vidareutvecklades under ledning av Anna Freud, Sigmund Freuds dotter, i en närmast egen jagpsykologisk form. Jagets organisering och försvarsmekanismer betonades. Samtidigt utvecklades under Melanie Kleins ledarskap en ”kleiniansk” objektrelationsteori, som har kommit att få stor spridning och inflytande över stora delar av den psykoanalytiska världen, i England, Skandinavien, Sydamerika, men också senare i USA. I kleiniansk teori betonas särskilt starkt de infantila, såväl destruktiva som kärleksfulla, omedvetna fantasiernas avgörande inverkan på vårt psykiska liv.

En tredje grupp bestod av psykoanalytiker vilka ville hålla sig oberoende av såväl Anna Freud som Melanie Kleins idéer. De kom därför att kallas den oberoende gruppen, eller en mellangrupp och där återfinns merparten av de teoretiker som kommit att ge namn till den riktning som kallas objektrelations-teori. Några tongivande personer här som fått stor betydelse för psykoanalysen är bl.a. Donald Winnicott, Michael Balint och Ronald Fairbairn.

Både England och USA är bra exempel på hur tillfälligheter, personligheter och kulturell särart och tidsanda också präglade psykoanalysen. På samma sätt förhåller det sig i Frankrike där psykoanalysens utveckling starkt har formats av Jacques Lacans radikala uttolkning av Freuds texter.

Det är svårt att entydigt uttala sig om den svenska psykoanalysen. Under 60- och 70- talen hade en mer utvecklingspsykologisk, såväl driftsinriktad freudiansk

teori, som jagpsykologi, en dominerande ställning inom svensk psykoanalys. Mångfald, men med de starkaste influenserna ifrån den anglosaxiska världen, karaktäriserar svensk psykoanalys idag. Successivt de senaste årtiondena har såväl objektrelationsteorier som kleininfluerad psykoanalytisk teori och kliniskt tänkande, fått allt starkare ställning i Sverige. Något som vidare kan sägas är att flertalet länge vetenskapsteoretiskt uppfattat psykoanalysen som en humanvetenskap, snarare än som en naturvetenskap. De senare åren har i vissa kretsar ett livligt intresse uppstått kring psykoanalysens koppling till neurovetenskap och biologi. Också psykoanalys med spädbarn, liksom barn- och ungdomspsykoanalys har det senaste decenniet varit på stark frammarsch i Sverige, med många psykoanalytiker som vidareutbildats i den disciplinen.

### **Vad innebär det att gå i psykoanalys?**

Psykoanalys är en genomgripande och långsiktig behandling som bedrivs 3-5 gånger i veckan under flera år. Analysanden (personen som går i psykoanalys) ligger ned och uppmantras att så fritt som möjligt uttrycka sina upplevelser, tankar och känslor.

Psykoanalytikerns och analysandens gemensamma utforskande av och ökade förståelse för det analysanden uttrycker, leder till att behandlingen framskrider och fördjupas. Även själva inverkan av den tillitsskapande relationen, med dess täthet och regelbundenhet vad det gäller plats och tider, har en avgörande betydelse för behandlingens framgång.

Den process som speciellt utnyttjas i psykoanalys för att få till stånd en djupgående, både kognitiv och emotionell bearbetning, kallas *överföring*.

I relationen med psykoanalytikern uttrycks känslor och tankar förknippade med omedvetna fantasier och föreställningar som analysanden har om sig själv och andra personer. Också minnen som ursprungligen härrör från betydelsefulla relationer under barndomen återuppväcks i överföringen. Genom förståelsen av vad som gestaltas och återupprepas i samspelet med psykoanalytikern, kan analysanden få insikt om tidigare bortträngda och okända sidor av sig själv och sina relationer till viktiga andra.

Psykoanalys är ett tätt och regelbundet samarbete mellan analytiker och analysand, under vilket analysanden blir mer och mer medveten om de underliggande källorna till hans eller hennes svårigheter, inte bara på ett intellektuellt sätt, men emotionellt – genom att åter erfara dem tillsammans med analytikern.

Ovannämnda förutsättningar för en psykoanalys samverkar till att göra det möjligt för analysanden att bearbeta och integrera motstridiga delar av sin personlighet, samt att bättre förstå hur hon styrs av omedvetna önsknings

och hämmats av omedvetna konflikter. Behandlingen ökar förutsättningarna för analysanden att ta ansvar för sig själv och sitt liv. Ett gynnsamt klimat för psykisk utveckling och mognad skapas.

## **För vem är psykoanalys bra?**

Det lidande personen som söker psykoanalys har, kan vara av helt olika karaktär och mer eller mindre omfattande. Psykoanalytisk behandling förutsätter att det hos den sökande finns en önskan och motivation för inre förändring och inte enbart ett intresse att bli av med de symtom som denne lider av. Motivation och intresse för självreflektion, att lära känna sig själv bättre, är av större betydelse än de symtom den sökande har.

Likväl kan den som söker psykoanalys vara mer eller mindre försvagad av långvariga symtom såsom depression och ångest, sexuella svårigheter, fysiska symtom utan bevisbara underliggande fysiska orsaker. Man kan t. ex. vara plågad av handikappande tvångsmässiga handlingar eller tankar. En annan människa lever kanske ett inskränkt och isolerat ensamt liv, oförmögen att känna sig nära någon annan. Ett offer för sexuella övergrepp kan lida av en oförmåga att lita på andra människor. Vissa går i analys på grund av upprepade misslyckanden i kärlek, i arbete, som sammanhänger med ett självdestruktivt beteende. Andra söker psykoanalys därför att deras sätt att fungera på, deras karaktärsdrag, allvarligt försvårar för dem att göra viktiga val eller att kunna njuta av livet.

Inte så få söker psykoanalys av den anledningen att andra psykiatriska eller psykologiska behandlingsmetoder misslyckats, eller endast kosmetiskt eller temporärt kunnat vara dem till hjälp.

Människor som vill veta om de kan dra nytta av den, kan konsultera en erfaren psykoanalytiker.

Förutom psykoanalytisk behandling arbetar flertalet psykoanalytiker också med tidsbegränsad och längre psykoterapi som bedrivs 1-3 gånger i veckan.

Psykoanalytiker med sin speciella kunskap kan tillföra mycket inom vitt skilda områden. De anlitas ofta som lärare och handledare på olika utbildningar och som konsulter och handledare inom organisationer, näringslivet och kulturlivet.

## Hur bekostas psykoanalys?

- Hos vissa privatpraktiserande läkaranalytiker inom ramen för landstingets högkostnadsskydd.
- Hos övriga psykoanalytiker till en kostnad som analytiker och analysand kommer överens om.
- Bidrag till psykoanalys kan ibland erhållas via de psykiatriska sektorerna och hos vissa arbetsgivare.
- Psykoanalys hos kandidat under utbildning vid något av de två instituten finansieras via Stockholms läns landstings högkostnadsskydd.

## Utbildning

4-5 års seminarier kombinerat med eget psykoanalytiskt arbetet under handledning, samt egen psykoanalys. För närmare information se Svenska psykoanalytiska föreningens hemsida: [www.spaf.a.se](http://www.spaf.a.se), samt Svenska psykoanalytiska sällskapetets hemsida: [www.spas.nu](http://www.spas.nu)

## Referenser

Den vetenskapliga dokumentationen om psykoanalys är omfattande. För orientering se IPA:s hemsida [www.ipa.uk.org](http://www.ipa.uk.org) och klicka vidare till research. Där återfinns bl a sammanställningen ”An open door review of outcome studies in psychoanalysis”.

*Studier med svensk anknytning är bl a:*

- Bárány, A-S., Sandell, R., Schubert, J. (1993). Effekter av lång psykoterapi och psykoanalys – en forskningsöversikt. Stockholms läns landstings Psykoterapiinstitut, (Rapport från PI nr 6).
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., & Schubert, J. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy project (STOPP). *International journal of Psychoanalysis*, 81(5), 921-943.
- Szecsödy, I., m. fl. (1997). *The European Multi-site Collaborative Study of Psychoanalysis* (Sweden, Finland, Norway, Holland and Italy). Paper presented at the Symposium on Outcome Research (Chair Otto Kernberg) International Psychoanalytic Association Congress, Barcelona, August 1997.
- Szecsödy, I., m. fl. (1999). *Multicenter collaboration of research on process and outcome of psychoanalysis*. Paper presented at the international Psychoanalytical Congress, Santiago.

Några andra senare studier är bl a:

Fonagy, P. et al (2005). Psychodynamic psychotherapies. Evidence-based practice and clinical wisdom. *Bulletin of Menninger Clinic*, 69, 1-58.

Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis*, 86:841-68.

### **Svenska psykoanalytiska föreningen - Spaf**

Är en vetenskaplig förening som är ansluten till IPA (International Psychoanalytical Association). Föreningen har för närvarande ca 200 medlemmar. Dess institut bedriver utbildning av psykoanalytiker, såväl analys med vuxna som barn- och ungdomsanalys. Föreningen har en omfattande vetenskaplig verksamhet, en mottagning för förmedling av psykoanalytisk behandling samt bedriver på olika sätt information om psykoanalys, bl. a. i samarbete med ABF. Förutom i Stockholm är medlemmar verksamma i Göteborg, Lund-Malmö samt i Uppsala. Barn och ungdomsmottagningen BUM bedriver och förmedlar barn- och ungdomspsykoanalys. Psykoanalytikernas spädbarnsmottagning erbjuder samtals hjälp till spädbarn och deras föräldrar.

[www.spaf.a.se](http://www.spaf.a.se)

### **Svenska psykoanalytiska sällskapet - Spas**

Föreningen bildades 1968 och har idag 78 medlemmar som är utbildade psykoanalytiker eller kandidater under utbildning. Sällskapet är anslutet till IPA (International Psychoanalytical Association). Medlemmarna har en yrkesmässig bakgrund som läkare, psykolog och /eller legitimerad psykoterapeut och bedriver både psykoanalys och psykoterapi. Genom sitt institut bedriver Svenska psykoanalytiska sällskapet utbildning av psykoanalytiker. Sällskapet främjar utvecklingen av psykoanalys genom intern fortbildningsverksamhet och utåtriktad verksamhet i form av offentliga seminarier och en skriftserie. Sällskapet har en mottagning för förmedling av psykoanalytisk och psykoterapeutisk behandling.

[www.spas.nu](http://www.spas.nu)



# Psykoanalytisk parpsykoterapi

## Vad är psykoanalytisk parpsykoterapi?

En psykoterapiform där fokus ligger på parets relation och på den känslomässiga och ofta omedvetna innebörden i parets svårigheter. Uppmärksamhet ägnas åt partnervalet och de behov som detta uttrycker samt individernas och parets historia som en bakgrund till den aktuella situationen. I psykoanalytisk parpsykoterapi söker man en vidgad förståelse för omedvetna drivkrafter bakom och det egna bidraget till samspelet. Det blir då möjligt att på ett friare sätt förhålla sig till sig själv och varandra. En förändring av det som låst och hindrat blir möjlig. Psykoanalytisk parpsykoterapi bygger vidare på kunskaper från psykoanalysen som teori och metod för att förstå och möta svårigheter hos par.

## Vad är psykoanalytisk parpsykoterapi bra för?

Vid kriser, ångesttillstånd, depressioner, sexuella svårigheter eller psykosomatiska besvär relaterade till parrelationen.

Vid svårigheter som får konsekvenser för parrelationen, tex kriser, sjukdom, förluster eller andra förändringar.

## För vem?

- För par där båda parter önskar hjälp med känslomässiga svårigheter i sin relation.
- För par som är oroliga för att barnen reagerar med att få psykiska eller psykosomatiska symtom på föräldrarnas samspel.
- För par som önskar hjälp att hantera förändringar i familjen, t. ex. i samband med separation, styvfamiljsproblematik eller i relation till barnen.
- För att kunna tillgodogöra sig terapin bör båda parter ha – eller kunna utveckla – en öppenhet för att förstå mer av sig själv och sin egen del i det gemensamma samspelet.

## Hur går det till?

Paret träffar en parpsykoterapeut regelbundet – i allmänhet 60 – 90 minuter varje eller varannan vecka – under en tidsrymd som man gemensamt kommer överens om. Kontakten med psykoterapeuten kan innebära ett antal konsultationer eller en psykoterapi under flera månader.

Utgångspunkt för samtalen är det som paret upplever som bekymmersamt och tillsammans med terapeuten utforskas bådass bild och upplevelser av problemet.

## Vad kostar det?

Paret betalar efter överenskommelse med psykoterapeuten som följer gängse taxa för privatpraktiserande eller den taxa som gäller på aktuell arbetsplats.

## Hur kan man få psykoanalytisk parpsykoterapi?

Svenska Föreningen för Psykoanalytisk Parpsykoterapi (SFPP) kan förmedla kontakt med psykoanalytiskt orienterad parpsykoterapeut.

## Referenser

Tavistock Centre for Couple Relationships's hemsida <http://www.tccr.org.uk> hänvisar till dokumentation från psykoanalytisk terapi med par.

I London finns även Society of Couple Psychoanalytic Psychotherapists - SCPP, <http://www.couplespsychotherapy.co.uk>

För litteraturtips: Se vår hemsida [www.parpsykoterapi.com](http://www.parpsykoterapi.com)

### **Svenska Föreningen för Psykoanalytisk Parpsykoterapi - SFPP**

bildades 1995 av dem som genomgått den första – och hittills enda – legitimeringsgrundande utbildningen i psykoanalytisk parpsykoterapi som anordnats i Sverige. SFPP anordnar dels årliga studiedagar med fokus på paret ur ett psykoanalytiskt perspektiv, dels längre fördjupade utbildningar i parpsykoterapi. SFPP har i dessa sammanhang ett nära samarbete med Tavistock Centre for Couple Relationships -TCCR.

**[www.parpsykoterapi.com](http://www.parpsykoterapi.com)**

# Psykodynamisk barn- och ungdomspsykoterapi

## Vad är psykodynamisk barn- och ungdomspsykoterapi?

Det psykoterapeutiska arbetet utgår från psykoanalytisk teori och modern utvecklingspsykologi. Exempelvis är objektrelationsteori och anknytningsteori betydelsefulla då de fokuserar på individens utveckling i samspel med viktiga andra. Psykoterapeuten utgår från att det bakom symptom och beteenden som barnet uppvisar kan finnas omedvetna fantasier, önskningar och konflikter. Det barnet visar kan också vara reaktioner på händelser som varit traumatiserande eller sammanhang som varit barnet övermäktiga och som barnets omogna psyke inte klarat av att hantera. Det kan också vara en lämplig behandling för barn med allvarliga psykiska funktionshinder, där behandlingen inriktas på ett uppbyggande av psykiska och kognitiva funktioner.

Psykoterapin anpassas alltid efter barnet eller ungdomen och föregås av en noggrann bedömning av barnets resurser och problem för att avgöra vilken behandling som är lämplig. Föräldrarnas eller vårdnadshavarnas möjligheter att stödja en terapeutisk behandling tas också med i bedömningen.

## Vad är barn- och ungdomspsykoterapi bra för?

- För att barnet eller ungdomen skall få förståelse för sig själv och sin omvärld och få hjälp att skapa sammanhang
- För att undanröja hinder för den normala utvecklingen
- För att stärka barnets eller den unges självbild
- För att ge barnet/ungdomen redskap så att det kan fungera bättre i relation till sin omgivning

## För vem är det bra?

För barn och ungdomar

- som känner ångslan, ångest, starka mindervärdeskänslor/låg självkänsla eller som är deprimerade
- som har ett starkt aggressivt och destruktivt agerande mot sig själv eller andra, och som visar någon form av eget psykiskt lidande kring detta
- med bristande anknytning som kan visa sig i kontakt- och kommunikationssvårigheter,
- som visar symptom på psykisk ohälsa efter traumatiska upplevelser,
- som har psykiska problem relaterade till kronisk sjukdom, neuropsykiatriska- eller andra funktionshinder

- som har psykologiskt betingade svårigheter vad gäller inläring eller motorik.

Ungdomsåren ställer särskilda krav på den växande människan. Ungdomar utsätts för särskilda påfrestningar och svårigheter som de kan behöva få prata om i psykoterapi. Det centrala med inträdet i tonåren är att kroppen utvecklas och mognar och att den psykiska utvecklingen på olika sätt måste hålla den takten och bära vad den ”nya kroppen” signalerar. Kroppens förändring och mognad sker parallellt med den psykiska förändringen. Många ungdomar känner då inte igen sin kropp och humörsvängningar vilket kan leda till stor oro över att vara psykiskt avvikande eller sjuk. Terapeutisk behandling kan då behövas

- för att få en tydligare och tryggare identitet under sin utveckling mot en alltmer självständig individ.
- för att ges en andra chans till känslomässig bearbetning av tidigare trauman som kan innebära att en positiv ungdomsutveckling initieras innan vuxenlivet tar vid med nya krav.

## Hur går det till ?

Grundtanken i en psykodynamisk terapi med barn och ungdomar är att en människa utvecklas i relation till såväl sina inre förutsättningar som yttre förhållanden, i relation till föräldrar, syskon, och omgivande samhälle. Dynamiken finns inom individen: barnet/den unge reagerar på sin verklighet med känslor och fantasier som i sin tur påverkar upplevelser, kognition, beteenden och samspel.

Det generella målet i en psykodynamisk barn- och ungdomsterapi är att undanröja inre, psykologiska hinder för normal utveckling. Den terapeutiska behandlingen utgår från det individuella barnet eller ungdomen och dess förutsättningar. Barnets/den unges emotionella och kognitiva utvecklingsnivå, dess medfödda styrkor och svårigheter samt personlighet och temperament är faktorer som påverkar hur terapis utformas och vilka mål som sätts för individen.

I en **barnpsykoterapi** arbetar terapeuten utifrån förutsättningen att barnet uttrycker sig själv och sin problematik i *lek och relaterande till terapeuten* och det är genom *terapeutens bemötande och samspel tillsammans med barnet som utveckling kommer till stånd och bearbetning kan ske.*

- **Vilka träffas och hur länge?** Barnpsykoterapi på psykodynamisk grund innebär ofta att barnet träffar en terapeut och föräldrarna har en parallell samtalskontakt, antingen med barnets terapeut eller med en

egen föräldraterapeut. I föräldraterapin erbjuds föräldrarna möjlighet att arbeta med att förstå både barnet och dess beteende samt sina egna känslor i förhållande till barnet. De får även hjälp att hitta nya och mer adekvata förhållningssätt till sitt barn och hjälp att anpassa dessa efter barnets utveckling. Barnterapeuten får även viktig information om barnets verklighet i hem, förskola och skola. Vanligen pågår en behandling c:a ett-två år, men även kortare och längre terapier förekommer. Under åren har även andra former av psykodynamiska barnterapierna vuxit fram. Korttidsterapi för barn är en sådan form. Där träffar barnet terapeuten 10-20 gånger, med parallell föräldrakontakt, och arbetar kring ett tydligt formulerat fokus. Ibland kan gemensam föräldra-barnterapi vara att föredra. Den psykodynamiska och utvecklingspsykologiska kunskapen finns med i grunden men tonvikten läggs då ofta på direkt arbete med den verkliga relationen mellan förälder och barn.

- **Ramar** (d.v.s. i förväg bestämda regler) är en viktig bas i psykodynamisk barnterapi. Barnet träffar oftast terapeuten en till två gånger per vecka, samma tider varje vecka och i samma rum. Ramarna är till för att skapa en hållande miljö för barnet, där relationen till terapeuten kan fördjupas utan att barnet ska behöva lägga energi på att förhålla sig till eller oroa sig för förändringar.
- **Lek** Rummet är utrustat med utvalda spel och sådant lekmaterial som stimulerar fantasin och barnets kreativitet. Materialet används fritt på det sätt barnet väljer för att bäst uttrycka sig. Mycket ofta sker leken genom att barnet självmant initierar någon form av kontakt med terapeuten.
- **Terapeuten** svarar på barnets lek och relaterande utifrån den nivå som barnet befinner sig på. Det innebär att själva handlingarna/interventionerna terapeuten gör ser olika ut för olika barn. För vissa barn handlar det om en bearbetning av specifika trauman där terapeuten finns med som en följeslagare. Genom leken återupprepar barnet sina erfarenheter och känslor från de traumatiska situationerna och får hjälp att strukturera sina upplevelser och sitt tänkande kring det som skett. Barnet kan därmed gå vidare med minnet av det traumatiserande som en integrerad erfarenhet av något svårt men som det ändå klarat av. För ett annat barn finns kanske grundläggande brister på grund av sårbarhet eller omgivningsfaktorer. Ofta finns kombinationer av dessa. Terapeutens uppgift blir då att hjälpa barnet till vidare utveckling av anknytningsförmågan och den inre psykiska strukturen.

I psykodynamisk barnpsykoterapi används tolkningar ibland, men mycket av arbetet sker genom leken i dess symboliska form, genom terapeutens bemötande av barnet och genom andra former av verbala interventioner.

- **Kontakter med skola/förskola.** I barnpsykoterapi har terapeuten ofta kontakt med barnets förskola/skola tillsammans med föräldrarna. Barnen är då informerade och får komma med synpunkter på vad som ska tas upp. I vissa fall är det bättre att kontakten med skolan istället sker via föräldraterapeuten då det är viktigt att barnets integritet beaktas.

**Ungdomspsykoterapi** är en egen terapiform. Tonåringen befinner sig i en utveckling (konflikten mellan självständighet och beroende) och kan både längta efter och skrämmas av en kontakt med och en relation till en ny vuxen. För ungdomar som inte längre har leken som uttrycksform får samtalet en allt större betydelse. Men terapeuten har en mer aktiv hållning och ett mer personligt förhållningssätt än i vuxenpsykoterapi.

Tonåringar kan gå i både långa och kortare individualkontakter av psykodynamisk inriktad terapi. Längden kan vara svår att avgöra från början men kan bestämmas i samråd efter ett antal inledande orienterande samtal.

Kontakten med föräldrar varierar beroende på tonåringens ålder och svårigheter. Yngre tonåringar kan behöva ha en behandling där föräldrarna medverkar antingen i en parallell samtalskontakt eller deltar i vissa i förväg uppgjorda samtal.

Vid behov kan även psykoterapeuten ha kontakt med skolan tillsammans med tonåringen och föräldrarna.

### **Vilka krav ställs på familjen?**

- Att möjliggöra för barnet/ungdomen att komma till de avtalade tiderna
- Att utgöra det stöd barnet/ungdomen behöver för att kunna genomföra terapin
- Att föräldrarna parallellt har en kontinuerlig samtalskontakt, alternativt för äldre, ännu omyndiga ungdomar, att de ändå ger sitt godkännande till terapin

I de fall barnet inte bor hos sina föräldrar ställs dessa krav på barnets dagliga vårdnadshavare.

## Var kan man få barn och ungdomspsykoterapi? Vad kostar det?

- Inom den offentliga barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten (BUP) är all behandling kostnadsfri
- Vid Ericastiftelsen i Stockholm, avgiftsfritt
- Hos privatpraktiserande barn- och ungdomspsykoterapeuter betalar man själv till terapeuten. Terapeuterna kan nås via bl.a. Riksföreningen PsykoterapiCentrum. I vissa fall kan behandlingen bekostas av olika bidrag/anslag hos de psykoterapeuter som har avtal med kommun eller landsting.

*Oavsett vårdgivare sker alltid en individuell bedömning innan ställningstagande till behandling sker, om psykodynamisk barn- respektive ungdomspsykoterapi är den lämpligaste behandlingsmetoden, i just detta skede.*

## Utbildning

Utbildningen av legitimerade psykoterapeuter med inriktning på barn- och ungdomspsykoterapi sker sedan många år vid Ericastiftelsen i Stockholm. Vid universiteten i Göteborg, Linköping samt i Umeå erbjuds numera också utbildning i barn- och ungdomspsykoterapi. Den legitimationsgrundande utbildningen består av en treårig påbyggnadsutbildning (60 poäng) efter grundläggande psykoterapiutbildning som i sin tur omfattar 1½-2 års studier. Flertalet legitimerade psykoterapeuter har grundutbildning som psykolog, läkare eller socionom.

## Referenser

- Blomberg, B. (2005). När är psykodynamisk psykoterapi en lämplig behandling för barn? *Mellanrummet*, nr.1, 11-24.
- Boalt Boëthius, S. & Berggren, G. (2000). *Forskning om barn- och ungdomspsykoterapi. En kunskapsöversikt*. Ericastiftelsen.
- Carlberg, G. (1999). *Vändpunkter i barnpsykoterapi. Psykoterapeuters erfarenheter av förändringsprocesser*. Akademisk avhandling, Stockholms Universitet/ Ericastiftelsen.
- Carlberg, G. (2005). Barnpsykoterapi och evidens. *Mellanrummet*, Nr. 13, 69-78.
- Eresund, P. (2002). *Att behandla störande beteende. Metodutveckling i barnpsykoterapi*. Akademisk avhandling, Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.
- Høstmark Nielsen, G., Binder, P-E. & Holgersen, H. (2004). Individualterapi med barn og unge. En velfundert, nyttig og regnigssvarande behandlingsform? *Matrix*, 21, nr 1, 22-40.

Muratori, F., Picci, L., Bruni, G., Patarnello, M. & Romagnoli, G. (2003). A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalising disorders in children. *Journal of American Academy and Child Adolescent Psychiatry*, 42, 331-339.

Tydén, A. (2002). *Tidsbegränsad barnpsyko-terapi – barn och föräldrars erfarenheter*. Rapport från Ubi, Stockholms Läns Landsting.

### *Med skönlitterär kvalitet*

Cleve, E. (2000). *Från kaos till sammanhang. Psyko-terapi med en pojke som har diagnosen ADHD*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Cleve, E. (2002). *En stor och en liten är borta. Kristerapi med en tvåårig pojke*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

### **Föreningen för barn- och ungdomspsyko-terapeuter**

Bildades 1985 och är öppen för legitimerade psyko-terapeuter utbildade vid Ericastiftelsen eller med likvärdig utbildning i barn- och ungdomspsyko-terapi. Föreningen är tillsammans med Södra Sveriges Barn- och Ungdomspsyko-terapeutiska förening samt Föreningen för barn- och ungdomspsyko-terapeuter i västra Sverige, ansluten till European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector (EFPP), bildad 1991 i London.  
Hemsida: [www.enigma.se/efpp](http://www.enigma.se/efpp)

**[www.enigma.se/fbup](http://www.enigma.se/fbup)**



# Psykodynamisk psykoterapi

## Vad är psykodynamisk psykoterapi?

En grundläggande tanke i psykodynamisk psykoterapi är att psykiska symtom som ångest och depression uppkommer då människor inte finner fungerande sätt att hantera sina känslor eller relationer till andra. Även om ett viktigt syfte med en psykodynamisk psykoterapi är att uppnå symtomfrihet kommer terapin därför inte att ensidigt fokusera på symtomet. Istället ses symtom som meningsfulla uttryck för en inre eller yttre konflikt eller svårighet som behöver bearbetas så att den kan få en mer konstruktiv lösning. När denna lösning uppnåtts kommer symtomen att minska eller försvinna.

En viktig del av botten i en psykodynamisk psykoterapi är att de problematiska livsmönster individen bär med sig synliggörs i relationen till psykoterapeuten. Genom att psykoterapeuten när detta sker hjälper patienten att bli medveten om det blir det möjligt för patienten att nå en känslomässigt grundad förståelse vilket underlättar förändring. Genom att psykoterapeuten på ett empatiskt sätt lyssnar och inte avvisar eller värderar, kan patienten få en ny känslomässig erfarenhet av att kunna bli accepterad som den han eller hon är. En sådan erfarenhet kan i sig bidra till att patienten förändras.

I arbetet med att hjälpa patienten att utforska sina känslor, behov, motiv och relationer kommer en psykodynamisk psykoterapi att delvis handla om att förstå individens livshistoria. Huvuddelen av tiden ägnas dock åt att arbeta med känslor, tankar, motiv och relationer som är aktuella i patientens liv. Ett undantag är i arbetet med personer som varit utsatta för svåra traumatiska händelser. Här kommer ofta en stor del av arbetet att ägnas åt att bearbeta minnen och känslor från dessa händelser. Detta kombineras med ett arbete kring hur traumat påverkar relationer och känslor här och nu.

Ett exempel på hur ett symtom kan bli begripligt och förändras under en psykodynamisk korttidsterapi kan vara en kvinna som söker hjälp för depressiva besvär. Under de inledande samtalen framkommer att hon har svårt att säga nej till andras krav och önsknings i nära relationer och på arbetet. När detta undersöks visar det sig att hon har en föreställning om att om hon säger nej till andra kommer de att överge henne. Hennes lösning har blivit att fortsätta ställa upp för att försäkra sig om att behålla sina relationer till andra. Samtidigt känner hon sig alltmer utnyttjad och saknar en relation där hon kan känna att hon duger som hon är utan att behöva prestera. Detta har gradvis gjort henne alltmer deprimerad. Att i samtalen sätta ord på och förstå dessa känslor ger först lättnad. Men när hon ändå fortsätter att vara nedstämd blir kvinnan efter

en tid rädd för att terapeuten skall tröttna på henne. Detta leder till att hon blir spänd och inte vet vad hon skall säga under samtalen. Terapeuten undrar över hur detta kommer sig och tillsammans lyckas de förstå sammanhanget. Denna nya erfarenhet av att hennes spändhet och tystnad blir mött av terapeutens accepterande och försök att förstå istället för den irritation och avvisande som kvinnan varit rädd för hjälper henne att bemästra sin rädsla för att bli avvisad. Hon börjar ta kontrollen över sitt liv och de depressiva symtomen minskar. Under det fortsatta arbetet kan relationsmönstret i nutid kopplas till upplevelser av osäkerhet på föräldrarnas kärlek och hur hon som liten försäkrade sig om deras uppmärksamhet genom att ständigt vara den duktiga storasystemen. När detta har genomarbetats är de depressiva symtomen borta, kvinnan har börjat sätta adekvata gränser i relation till andra och terapin kan avslutas.

Psykodynamisk psykoterapi har sitt ursprung i psykoanalysen som skapades för omkring hundra år sedan. Vissa delar av den ursprungliga teorin spelar fortfarande en viktig roll men huvuddelen har genomgått omfattande förändringar och delar har förkastats. Här har både de erfarenheter psykoterapeuter samlat under hundra år, den alltmer omfattande psykoterapiforskningen och den moderna utvecklingspsykologin spelat stor roll.

### **Vad är psykodynamisk psykoterapi bra för?**

Det finns ett stort antal studier där patienter slumpmässigt fördelats till psykodynamisk psykoterapi eller väntelista/annan behandling. Flertalet studier gäller psykodynamisk korttidsterapi där patienten träffar terapeuten 12 till 20 gånger. Sammantaget visar dessa studier att psykodynamisk korttidspsykoterapi är dokumenterat effektiv vid ett stort antal psykiatriska diagnoser som depression, ångest, social fobi, ätstörningar och mindre svåra personlighetsstörningar. Psykodynamisk korttidsterapi är dessutom dokumenterat effektiv som komplement till annan behandling av olika kroppsliga sjukdomar. Ett exempel är olika mag- och tarmsjukdomar.

Vid svårare psykiatriska diagnoser och för mer omfattande personlighetsförändrande behandling räcker inte korttidsterapi till för att åstadkomma bestående förbättringar. Exempel på detta är anorexi, borderline- och andra allvarliga personlighetsstörningar. För dessa diagnosgrupper finns flera studier där patienter slumpmässigt fördelats till långvarig psykodynamisk psykoterapi eller annan behandling som visar att psykodynamisk psykoterapi är en effektiv behandlingsform. Psykodynamisk långtidspsykoterapi leder till förbättringar av symptom, självbild och förmåga att relatera till andra som består flera år efter avslutad terapi.

## **För vem är psykodynamisk psykoterapi bra?**

Psykodynamisk psykoterapi är bra för personer som lider av de flesta psykiatriska tillstånd samt för personer som önskar förändra sitt sätt att hantera relationer eller sin bild av sig själva. Det avgörande är att personen själv har en önskan om att förstå sig själv bättre och en önskan om förändring. Liksom i alla psykoterapiformer behöver personen vara villig att ta en aktiv del i det psykoterapeutiska arbetet vilket i psykodynamisk psykoterapi innebär att berätta om sig själv, sina känslor och sina relationer så öppet det går.

Nästan alla kan således ha nytta av en psykodynamisk psykoterapi men hur lång terapin behöver vara beror på vem personen är och vilka svårigheter man önskar övervinna. För att kunna tillgodogöra sig en psykodynamisk korttidsterapi behöver man ha ett visst mått av förmåga att knyta an i en ömsesidig relation samt kunna reflektera kring sig själv och sina känslor. Personer med mer omfattande svårigheter att relatera eller reflektera behöver oftast längre tid på sig.

## **Hur går det till?**

Som framgått ser en psykodynamisk psykoterapi olika ut beroende på vem det är som går i psykoterapi och vad målet är. Psykoterapin innebär ett nära samarbete mellan psykoterapeut och patient inom ramen för en trygg relation och ett samarbetskontrakt. De yttre ramarna kan variera från en överenskommelse om att träffas fyra gånger för att få perspektiv på en konkret livssvårighet till en intensiv psykoterapi flera gånger i veckan under flera år. Psykoterapin kan bedrivas med en individ, ett par, en familj eller en grupp. Psykoterapeutens arbetssätt skiljer sig en del beroende på hur lång terapin är tänkt att bli och hur omfattande målen är. I en korttidsterapi kommer psykoterapeuten att vara ganska aktiv i att ställa frågor och hjälpa patienten att hålla fast vid de frågor och det fokus man kommit överens om. Detsamma gäller oftast i parterapi och familjeterapi. I en långtidspsykoterapi ser arbetssättet annorlunda ut. Terapeuten blir mindre styrande och lämnar ett större utrymme för patienten att följa det som dyker upp i stunden. Detta möjliggör en djupare bearbetning av problemen.

## **Var kan man få psykodynamisk psykoterapi och vad kostar det?**

Psykodynamiska psykoterapeuter arbetar både inom den offentliga sjukvården och privat. Hos de som är anställda inom, eller har avtal med landstinget gäller högkostnadskydd. I annat fall överenskommer patient och psykoterapeut om kostnaden. För att komma i kontakt med en psykodynamisk psykoterapeut kan man vända sig till psykiatrin på hemorten, vända sig till Riksföreningen PsykoterapiCentrums förmedlingsverksamhet, söka under rubriken legitimerade psykoterapeuter i telefonkatalogen eller genom Förbundet S:t Lukas och Ericastiftelsen.

## Referenser

### *Orientering*

Sigrell, B. (2000). *Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.

### *Forskning:*

Ankarberg, P. (2006). *Starkt vetenskapligt stöd för psykodynamisk psykoterapi: En kontinuerligt uppdaterad översikt av forskningsläget*.

Artikeln finns att hämta gratis på [www.rpc.nu](http://www.rpc.nu).

Fonagy P., Roth A., Higgitt, A. (2005). Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69 (1), 1-58.

Knekt, P., Lindfors, O. (2004). A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. *Kela, Studies in social security and health vol. 77*, Helsingfors.

Leichsenring, F., Rabung, S., Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216.

Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 841-868.

Sandell, R. (2006). 10 ganska praktiska slutsatser på grundval av STOP-Projektet. *Insikten 1*, 19-23.

Vinnars, B., Barber J. P., Norén, K., Gallop, R., Weinryb, R. M. (2005). Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: Bridging efficacy and effectiveness. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1933-1940.

## **Riksföreningen PsykoterapiCentrum - RPC**

RPC bildades 1971 och är landets största intresseförening för att utveckla och stödja psykodynamiskt orienterad psykoterapi. RPC har 10 lokalföreningar och ca 1 350 medlemmar, huvudsakligen legitimerade psykoterapeuter. RPC arbetar bl a med fortbildning, information, etik, vårdavtalsfrågor och kontakter med myndigheter/institutioner angående psykoterapins tillgänglighet, utveckling och plats i vården. RPC skriver remissvar på statliga utredningar och gör uppvaktningar och aktioner beträffande psykoterapi och psykoterapeututbildning. RPC deltar i psykoterapins utveckling internationellt genom medlemskap och insatser i internationella psykoterapiorganisationer. RPC är medlem i EFP. RPC följer och stödjer psykoterapiforskningens utveckling.

RPC ger ut tidningen INSIKTEN.

Epost: [rpc@rpc.nu](mailto:rpc@rpc.nu)

[www.rpc.nu](http://www.rpc.nu)

# Legitimerad psykoterapeut - vad är det?

Psykoterapeutexamen uppnås efter att den studerande fullgjort kursfordringar om 60 poäng under en treårsperiod (deltidsstudier). För att få psykoterapeutexamen krävs dessutom att studenten har avlagt psykologexamen, läkarexamen med specialistkompetens i psykiatri, socionomexamen eller annan motsvarande utbildning. För de två sistnämnda grupperna krävs dessutom grundläggande psykoterapiutbildning.

Efter den grundläggande psykoterapiutbildningen, inklusive egenerapi ställs krav på två års yrkeserfarenhet inom psykiatrisk vård eller motsvarande (undantag från detta krav görs för läkare med specialistkompetens i psykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri). Utbildningsanordnarna har sedan mer detaljerade antagningsbestämmelser som kan vara något olika.

För att den teoretiska kunskapen ska kunna förankras och fördjupas i den kliniska tillämpningen krävs att man under utbildningens gång kan arbeta halvtid med psykoterapeutiska uppgifter. Då utbildningen utvecklas och utvärderas regelbundet kan kraven för psykoterapeutexamen komma att förändras inom de närmaste åren.

Ibland sägs att legitimerade psykoterapeuter har Sveriges längsta utbildning.

Den vanligaste grundutbildningen för leg psykoterapeuter är *psykolog* (c:a 54%), därefter *socionom* (c:a 20%) och *läkare* (c:a 10%). Det finns 5 078 legitimerade psykoterapeuter i Sverige, varav 4 100 under 65 år (Socialstyrelsens statistik 2006-12-31).

## År 1985 infördes legitimationen för psykoterapeuter

Yrkestiteln psykoterapeut är skyddad i lag och får bara användas av legitimerade psykoterapeuter. Bara legitimerade psykoterapeuter får anställas som psykoterapeuter av landsting och kommuner i deras hälso- och sjukvård. Legitimationen är en slags garanti att psykoterapeuten är väl utbildad och arbetar på väl beprövat sätt – psykoterapeuten står under tillsyn av Socialstyrelsen och kan anmälas till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

## Vad är skillnaden mellan legitimerad psykoterapeut, legitimerad psykolog, psykiatriker?

En **legitimerad psykoterapeut** har genomgått den ovan beskrivna utbildningen till psykoterapeut.

En **psykiatriker** är en **legitimerad läkare** som sedan specialiserat sig inom psykiatri, vilket tar c:a fem år efter läkarlegitimationen. Psykiatrikern är specialist inom området psykiska sjukdomar och har rätt att skriva ut mediciner.

Psykiatrikern har basutbildning i psykoterapi och kan efter två års psyko-  
terapeutiskt arbete under handledning samt egen psykoterapi söka till den  
legitimationsgrundande psyko-terapeututbildningen.

En **legitimerad psykolog** har femårig högskoleutbildning plus ett års praktik  
(PTP). Psykologen arbetar inom många områden t ex inom arbetspsykologi,  
skolan, rättsväsendet, omsorgsvården och den psykiatriska vården. Psykolo-  
gen kan göra utredningar, genomföra tester och utföra psykologiskt behand-  
lingsarbete. Psykologen har basutbildning i psykoterapi och kan efter två års  
psyko-terapeutiskt arbete under handledning samt egen psykoterapi söka till  
den legitimationsgrundande psyko-terapeututbildningen.

## Utbildningar med examensrätt

Följande utbildningar har fn examensrätt. Vid Högskoleverkets granskning ny-  
ligen, se Högskoleverkets rapport 2007:30 R, finns en del ifrågasättanden för 14  
av de 18 utbildningarna, som alltså fått veta vad de ska ändra på. Diskussioner  
pågår också om olika uppfattningar om vad som är betydelsefullt vid psyko-  
terapeututbildning. Den som vill utbilda sig till psyko-terapeut rekommenderas att  
i förväg ta reda på att utbildningen har examensrätt.

Beteendeterapeutiska föreningen, Box 1510, 75145 Uppsala  
Hemsida [www.kbt.nu](http://www.kbt.nu)

### **Kognitiv beteendeterapi**

Center för Cognitive Psyko-terapi och Utbildning i Göteborg AB, Thorilds-  
gränd 1, 44231 Kungälv. Hemsida [www.cognitivterapi-gbg.se](http://www.cognitivterapi-gbg.se)

### **Kognitiv psyko-terapi**

Ericastiftelsen, Odengatan 9, 11424 Stockholm, tfn 08-402 17 60  
Hemsida [www.ericastiftelsen.se](http://www.ericastiftelsen.se)

### **Barn- och ungdomspsyko-terapi**

Göteborgs Psyko-terapi Institut, Vasagatan 16, 41124 Göteborg,  
tfn 031-711 97 51 Hemsida [www.gpsi.se](http://www.gpsi.se)

### **Psykoanalytiskt/psykodynamiskt inriktad psyko-terapeututbildning**

Göteborgs universitet, Psykologiska institutionen, Box 500,  
40530 Göteborg, tfn 031-773 16 89/031-773 17 03 Hemsida [www.gu.se](http://www.gu.se)

### **Individualpsyko-terapi för vuxna, familjpsyko-terapi samt barn- och ungdomspsyko-terapi**

Karolinska Institutet, Sektionen för psyko-terapi, Institutionen för  
klinisk neurovetenskap, Björngårdsgatan 25, 11852 Stockholm,  
tfn 08-578 397 60 Hemsida [www.ki.se](http://www.ki.se)

### **Psykodynamisk individualpsyko-terapi för vuxna**

Linnéstadens psykoterapiinstitut, Järntorget 4, 41304 Göteborg  
tfn 031-12 18 30 Hemsida [www.LPIGBG.cjb.net](http://www.LPIGBG.cjb.net)

**Psykoanalytisk och psykodynamisk inriktning**

Lunds universitet, Institutionen för psykologi, Box 213, 22100 Lund,  
tfn 046-222 36 40 Hemsida [www.lu.se](http://www.lu.se)

**Psykodynamiskt orienterad psykoterapi, familjeterapi samt kognitiv-beteendeariktad psykoterapi**

Otterhällans Institut, Kungsgatan 10A, 41119 Göteborg,  
tfn 031-774 09 29 Hemsida [www.otterhallans.se](http://www.otterhallans.se)

**Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi**

Psykoterapisällskapet AB, Liljeholmsvägen 30B, 11761 Stockholm,  
tfn 08-462 12 20 Hemsida [www.psykoterapisallskapet.se](http://www.psykoterapisallskapet.se)

**Gruppsykoterapi, familjeterapi**

SAPU (Stockholms Akademi för PsykoterapiUtbildning)  
Brännkyrkagatan 76, 11823 Stockholm, tfn 08-642 10 24

**Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi med särskild inriktning på objektrelationsteori och självpsykologi**

St Lukas utbildningsinstitut, Box 17240, 10462 Stockholm,  
tfn 08-658 48 84 Hemsida [www.st-lukas.se](http://www.st-lukas.se)

**Psykodynamisk individualpsykoterapi med vuxna i Stockholm, Göteborg, Lund**

Svenska institutet för kognitiv psykoterapi, Sabbatsbergs sjukhus,  
Box 6401, 11382 Stockholm, tfn 08-690 52 60

**Kognitiv-beteendeariktad terapi**

Svenska psykoanalytiska föreningen, Västerlånggatan 60,  
11129 Stockholm, tfn/fax 08-10 80 95 Hemsida [www.spaf.a.se](http://www.spaf.a.se)

**Psykoanalytikerutbildning**

Svenska psykoanalytiska sällskapet, Upplandsgatan 83,  
11344 Stockholm tfn 08-33 82 58 Hemsida [www.spas.nu](http://www.spas.nu)

**Psykoanalytikerutbildning**

Umeå universitet, Institutionen för klinisk vetenskap/Psykoterapi, 90187 Umeå,  
tfn 090-785 64 94 Hemsida [www.umu.se](http://www.umu.se)

**Psykodynamisk psykoterapi för vuxna, familjeterapi, kognitiv psykoterapi**

Uppsala universitet, Institutionen för psykologi, Box 1225,  
75142 Uppsala, tfn 018-471 21 02/04 Hemsida [www.psyk.uu.se](http://www.psyk.uu.se)

**Kognitiv beteendeterapi och psykodynamisk terapi**



# Hur får man examensrätt?

Utbildningsanordnare som önskar examensrätt ansöker om detta hos Utbildningsdepartementet, som ger Högskoleverket i uppdrag att kvalitetsgranska utbildningen. Om utbildningen uppfyller kvalitetskriterierna beslutar regeringen om examensrätt. Med psykoterapeutexamen från en sådan utbildning kan man hos Socialstyrelsen ansöka om legitimation som psykoterapeut.

Diplom, licenciering eller någon annan form av examensbevis från psykoterapiutbildningar ger inte rätt att kunna få legitimation. Utbildningen har då antingen inte godkänts för examensrätt eller inte ansökt om detta.

## Om man upplever sig felbehandlad i psykoterapi - vad gör man då?

Vid svårigheter i en psykoterapi är den första åtgärden att försöka reda ut situationen med sin psykoterapeut. Om detta inte går eller missförhållandena är allvarligare kan man vända sig till följande instanser:

Om psykoterapeuten (oberoende av om terapeuten är legitimerad eller ej) är anställd inom Hälso- och Sjukvården eller arbetar inom privat verksamhet som finansieras med offentliga medel kan anmälan göras till:

- **Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).** Preskriptionstiden är två år och anmälan måste ha inkommit till HSAN i så god tid att man därifrån hinner meddela den anmälda personen inom de två åren. Bedöms felbehandling föreligga får psykoterapeuten en varning eller en erinran. HSAN behandlar endast de klagomål som är beskrivna i anmälan. Beslutet går att överklaga till Länsrätten i Stockholms län.
- **Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet.** Enheten är inte bunden av vad som står i anmälan utan kan göra en generell undersökning av terapeutens verksamhet och kan ålägga terapeuten att ändra på sin verksamhetsutövning för att få fortsätta. Socialstyrelsen kan anmäla till HSAN och yrka på att terapeuten åläggs en disciplinpåföljd. För en legitimerad psykoterapeut kan det därutöver innebära en inskränkning av legitimationen i form av att en prövotid åläggs eller att legitimationen återkallas.

Det går bra att göra en anmälan till båda instanser samtidigt.

Är terapeuten anställd inom landstinget och det handlar om missnöje med bemötande kan man vända sig till:

- **Patientnämnden inom respektive landsting.** Nämnden är en fristående instans för frågor och klagomål som gäller offentligt finansierad hälso- och sjukvård och skall verka för god kontakt mellan personal och patienter.

Är psykoterapeuten legitimerad och arbetar helt privat vänder man sig till Socialstyrelsen.

Terapeuter som arbetar helt privat och ej är legitimerade lyder under det som tidigare kallades kvacksalverilagen, numera kapitel 4 i Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531) Kapitlet handlar om begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder.

Det finns också **etiska regler** för psykoterapeuter, psykologer, socionomer, läkare m fl yrkesutövare antagna av deras fackförbund och yrkesföreningar. Om man har etiska frågor eller har frågor om hur psykoterapin går till kan man alltså vända sig till terapeutens fackförbund eller till förening för den aktuella terapiriktningen.

# Psykioterapi Stiftelsen

– stiftelsen för främjande av psykisk hälsa genom psykioterapi –

PsykioterapiStiftelsen bildades 2003 och är en politiskt och religiöst obunden ideell stiftelse.

Stiftelsen har till ändamål att främja psykisk hälsa hos barn, ungdomar, vuxna och äldre genom att psykioterapi kommer till användning för dem som kan dra nytta av den.

Enligt vetenskap och beprövad erfarenhet är psykioterapi en mycket effektiv behandling, som bör användas i större utsträckning än idag. Därför måste kunskaper om psykioterapi öka inom vård, rehabilitering, habilitering och andra områden där psykioterapi kan förbättra hälsa och livskvalitet.

För att psykioterapi ska tas i bruk i den utsträckning som dess effektivitet motiverar måste kunskap om psykioterapi öka hos politiker, administrativa chefer och handläggare, som bestämmer om tillgången till psykioterapi.

Kunskapen behöver också öka hos allmänheten, personal inom vård och omsorg, skola, företagshälsovård och övriga som kommer i kontakt med psykiskt lidande så att de kan efterfråga psykioterapi när den behövs.

Psykioterapin måste också få ökade möjligheter till utveckling genom stöd till psykioterapiforskning och psykioterapiutvecklingsprojekt, utbyte av kunskaper mellan psykioterapeuter med olika inriktningar och tvärvetenskapligt kunskapsutbyte.

## **PsykioterapiStiftelsen arbetar med att**

- hålla informationsmöten, konferenser och om möjligt vartannat år arrangera en psykioterapimässa
- samla in medel för att stödja och informera om psykioterapiforskning och psykioterapiutvecklingsprojekt
- göra och sprida informationsmaterial
- samarbeta med för stiftelsens ändamål lämpliga organisationer
- främja insamling av medel till psykioterapi

## **Stöd stiftelsens viktiga arbete för dem som behöver psykioterapi**

- För att fler ska få tillgång till psykioterapi
- För forskning och utvecklingsarbete inom psykioterapi
- För att öka kunskapen om psykioterapi

**Pg 90 04 16 – 9**

**[www.psykioterapistiftelsen.se](http://www.psykioterapistiftelsen.se)**

**PsykioterapiStiftelsen organiserar PsykioterapiMässan**

# SAMRÅDSFORUM

## för psykoterapi

**Samrådsforum** är en instans för överläggningar mellan samtliga föreningar för de olika psykoterapiinriktningarna för legitimerade psykoterapeuter.

**Samrådsforum** arbetar för bästa kvalitet inom psykoterapi och psykoterapeututbildning samt för att psykoterapi ska vara tillgänglig på rimliga ekonomiska och administrativa villkor för dem som behöver psykoterapi. Detta skiljer sig från fackförbundens överordnade mål som är att arbeta för medlemmarnas yrkesintressen, löner och arbetsvillkor. Psykoterapeuter är organiserade i flera olika fackförbund inom vilka de utgör en mindre andel av medlemmarna.

Genom **Samrådsforum** når man landets legitimerade psykoterapeuter och får tillgång till expertkunskaper i aktuella och allmänna frågor som berör människors psykiska hälsa.

När departementen, riksdagen, Socialstyrelsen, landstingen eller andra institutioner efterfrågar psykoterapeutisk expertis och på ett samlat sätt vill inhämta psykoterapeuters erfarenheter och synpunkter ska man vända sig till **Samrådsforum**.

**Samrådsforum** har överläggningar om aktuella psykoterapifrågor 1 – 3 gånger per halvår, då också representanter i de stora internationella psykoterapiorganisationerna deltar.

**Samrådsforums** föreningar organiserar tillsammans fler legitimerade psykoterapeuter än någon annan organisation och har sammanlagt drygt 2 600 legitimerade psykoterapeuter som medlemmar - av vilka ett antal även kan erbjuda psykoterapi på annat språk.

**PsykoterapiStiftelsen** deltar i Samrådsforum.

Samrådsforums adress: c/o RPC, Engelbrektsgratan 35 B, 114 32 Stockholm  
tfn 08-20 15 89

E-post: [rpc@rpc.nu](mailto:rpc@rpc.nu)

[www.samradsforum.se](http://www.samradsforum.se)

---

De vanligaste grundutbildningarna för legitimerade psykoterapeuter är psykolog (ca 54%), därefter socionom (ca 20%), läkare (ca 10%), sjuksköterska (ca 4%) och barnmorska, sjukgymnast och arbetsterapeut (tillsammans ca 1%). Övriga grundutbildningar (10%) är främst präst och andra akademiska utbildningar.

Det finns 5 078 legitimerade psykoterapeuter i Sverige, varav 4 100 är under 65 år (Socialstyrelsens statistik 2006-12-31).

Antalet ålderspensionerade ökar snabbt.

# Samrådsforum adresser

## ***Beteendeterapeutiska föreningen (BTF)***

Ordf: *Viktor Kaldo*

E-post: [btf.styrelse@gmail.com](mailto:btf.styrelse@gmail.com)

Adress: Box 1510, 751 45 Uppsala

[www.kbt.nu](http://www.kbt.nu)

## ***Föreningen för Barn- och ungdomspsykoterapeuter***

Ordf: *Karin Sörbom*

E-post: [karin.sorbom@telia.com](mailto:karin.sorbom@telia.com)

Adress: Kungsängstorgs psykoterapimottagning, Hamnesplanaden 6, 753 19 Uppsala

Tfn: 018-53 50 50, 0706-53 56 50

[www.enigma.se/fbup](http://www.enigma.se/fbup)

## ***PsykoterapiStiftelsen***

Ordf: *Ulla Grebo*

E-post: [info@psykoterapistiftelsen.se](mailto:info@psykoterapistiftelsen.se)

Adress: Box 4039, 102 61 Stockholm

Tfn 070-113 77 00

[www.psykoterapistiftelsen.se](http://www.psykoterapistiftelsen.se)

## ***Riksföreningen PsykoterapiCentrum (RPC)***

Ordf: *Bengt Sandström*

E-post: [bengt.sandstrom@sll.se](mailto:bengt.sandstrom@sll.se)

Tfn: 08-578 397 32, 073-683 77 05

Adress: Engelbrektsgratan 35 B nb, 114 32 Stockholm

Tfn: 08-20 15 89, fax: 08-20 92 57

E-post: [rpc@rpc.nu](mailto:rpc@rpc.nu)

[www.rpc.nu](http://www.rpc.nu)

## ***Svenska Föreningen för Familjeterapi (SFFT)***

Ordf: *Rolf Hessel*

E-post: [rolf.hessel@sfft.se](mailto:rolf.hessel@sfft.se)

Adress: sfft c/o Hans Norblad, Ljurasgatan 38 A, 603 51 Norrköping

Tfn: 08-512 357 12

[www.sfft.se](http://www.sfft.se)

## ***Svenska Föreningen för Gruppsykoterapi och Grupputveckling***

Ordf: *Kirsten Artin Kronkvist*

E-post: [kirstenartinkronkvis@spray.se](mailto:kirstenartinkronkvis@spray.se)

Adress: V. Virestad, PI 22, 231 91 Trelleborg

Tfn: 040-611 81 06

[www.gruppterapi.org](http://www.gruppterapi.org)

***Svenska Föreningen för Klinisk Hypnos (SFKH)***

Ordf: *Susanna Carolusson*

E-post: [susanna@carolusson.se](mailto:susanna@carolusson.se)

Adress kansli: c/o Cullberg, Erik Dahlbergsgatan 9, 411 26 Göteborg

Tfn: 031-711 711 8

Kansli: [kansli@hypnosforeningen.se](mailto:kansli@hypnosforeningen.se)

**[www.hypnosforeningen.se](http://www.hypnosforeningen.se)**

***Svenska föreningen för kognitiva och beteendearterapier (sfKBT)***

Ordf: *Cecilia Svanborg*

E-post: [c.svanborg@telia.com](mailto:c.svanborg@telia.com)

Tfn: 070-920 38 65

Adress: Per Bergman

Drottninggatan 4 B, 341 30 Ljungby

Tfn 0372-864 64, 070-546 51 15

E-post: [per.m.bergman@telia.com](mailto:per.m.bergman@telia.com)

**[www.sfkbt.se](http://www.sfkbt.se)**

***Svenska Föreningen för Psykoanalytisk Parpsykoterapi (SFPP)***

Ordf: *Ann-Sofie Schultz Viberg*

E-post: [asso@bredband.net](mailto:asso@bredband.net)

Tfn: 0709-622 210

Adress: c/o Schulz-Viberg, Flogstavägen 156, 752 72 Uppsala

E-post: [parpsykoterapi@telia.com](mailto:parpsykoterapi@telia.com)

**[www.parpsykoterapi.com](http://www.parpsykoterapi.com)**

***Svenska psykoanalytiska föreningen (Spaf)***

Ordf: *Anneli Mark-Orbinski*

E-post: [anneli.mark-orbinski@sll.se](mailto:anneli.mark-orbinski@sll.se)

Adress: Västerlånggatan 60, 111 29 Stockholm

Tfn/fax: 08-10 80 95

E-post: [spaf@spaf.a.se](mailto:spaf@spaf.a.se)

**[www.spaf.a.se](http://www.spaf.a.se)**

***Svenska psykoanalytiska sällskapet (Spas)***

Ordf: *Alexandra Billinghamurst*

E-post: [abillinghurst@psychoanalysis.net](mailto:abillinghurst@psychoanalysis.net)

Tfn: 08-652 56 59

Adress: Upplandsgatan 83, 113 44 Stockholm

Tfn: 08-33 82 58, fax: 08-33 64 18

E-post: [info@spas.nu](mailto:info@spas.nu)

**[www.spas.nu](http://www.spas.nu)**

# PSYKO TERAPI MÄSSAN 2008

[www.psykoterapimassan.se](http://www.psykoterapimassan.se)

## **PsykoterapiMässan är en kvalitetsmessa**

Utställare är legitimerade psykoterapeuter, deras organisationer, arbetsplatser och institutioner. Särskilt inbjudna är patientföreningar, vissa bokförlag, media, politiker, forskare samt myndigheter och organisationer som berör psykisk hälsa, psykoterapi och psykologiskt samtalsstöd.

Utställarna arrangerar föreläsningar och seminarier. Panelsamtal hålls om viktiga aktuella frågor. Kvällsaktiviteter brukar arrangeras, t ex filmvisning med diskussion, mässmiddag eller mingel och konstnärliga möten i bild, dans och musik.

## **PsykoterapiMässan vänder sig till:**

- 1) Politiker, sjukvårdstjänstemän och anställda inom vård, rehabilitering och folkhälsoarbete** - som både behöver och efterfrågar information för att kunna fatta välgrundade beslut om tillgången till psykoterapi.
- 2) Allmänheten, media och psykoterapisökande**
- 3) Yrkesverksamma i till psykoterapi angränsande områden** - sjukvård, socialvård, barnomsorg, försäkringskassor, lärare, personal verksamma inom näringsliv och organisationer m. fl.
- 4) Psykoterapeuter** - professionella program för att mötas, få inblick i och dialog mellan olika inriktningar men också fortbildning inom den egna inriktningen. Presentation och diskussion av forskningsresultat, metoder och utvecklingsprojekt.

## **PsykoterapiMässan idag**

PsykoterapiMässan har med åren blivit ett forum för information, kunskaps-spridning, utvecklande samtal och informella träffar för dem som är verksamma inom och intresserade av psykoterapi och närliggande områden.

## **Om PsykoterapiMässorna**

**Den 18 - 20 maj år 2000 hölls den första PsykoterapiMässan i Stockholm** på Södermalm med 50 utställare och 150 föreläsningar. Besökare c:a 2000.  
*Arrangör var Riksföreningen PsykoterapiCentrum och Psykoterapiinstitutet, Stockholms läns landsting*

**Den andra PsykoterapiMässan hölls den 30 maj - 1 juni år 2002** på Södermalm. Utställare c:a 100, föreläsningar c:a 300, c:a 3000 besökare  
*Arrangör var Riksföreningen PsykoterapiCentrum i samarbete med Psykoterapiinstitutet, Stockholms läns landsting*

**Den tredje PsykoterapiMässan hölls den 13 - 15 maj år 2004** på Stockholmsmässan i Älvsjö. Utställare c:a 100, c:a 270 föreläsningar av 375 medverkande, c:a 2500 besökare.  
*Arrangör var nybildade PsykoterapiStiftelsen – stiftelsen för främjande av psykisk hälsa genom psykoterapi*

**Den fjärde PsykoterapiMässan hölls den 18 - 20 maj år 2006** på Stockholmsmässan i Älvsjö. C:a 90 utställare deltog med c:a 250 föreläsningar av c:a 330 medverkande. Drygt 2000 besökare kom.  
*Arrangör var PsykoterapiStiftelsen – stiftelsen för främjande av psykisk hälsa genom psykoterapi*

**Den femte PsykoterapiMässan hålls den 10 - 12 april år 2008** på Stockholmsmässan i Älvsjö. C:a 75 utställare deltar med c:a 180 föreläsningar av c:a 240 medverkande. PsykoterapiMässan är denna gång 2 1/2 dag mot tidigare 3 hela dagar.  
*Arrangör är PsykoterapiStiftelsen – stiftelsen för främjande av psykisk hälsa genom psykoterapi*

**Nästa**  
**PsykoterapiMässa**  
information finns på  
[www.psykoterapimassan.se](http://www.psykoterapimassan.se)



# Del II Psykoterapiforskning

## Inledning

Syftet med den här sammanställningen är att ge en bild av hur de ideella föreningar som organiserar legitimerade psykoterapeuter i Sverige ser på psykoterapiforskning.

Varje förening presenterar sin syn på den vetenskapliga grunden för psykoterapiforskning, vilka resultat som har uppnåtts för den egna inriktningen fram till idag samt hur utvecklingen kan komma att se ut framöver.\*

Texterna har utarbetats i samarbete med forskningsaktiva medlemmar i respektive förening.

Varje förening är ansvarig för innehållet i sin egen text. Föreningarna har gett varandra synpunkter på texterna men varje förening har själv valt i vilken utsträckning man ändrat sina texter utifrån dessa. Någon granskning och anpassning av innehållet för att komma fram till gemensamma ståndpunkter har inte gjorts vare sig av utomstående experter eller föreningarna. Det är alltså inte någon gemensam uppfattning om psykoterapiforskning och vetenskap som presenteras här utan den aktuella uppfattningen som råder inom respektive förening.

För den som är intresserad av att läsa mer finns referenser både i denna skrift och på Samrådsforums hemsida, [www.samradsforum.se](http://www.samradsforum.se).

*\*Svenska Föreningen för Psykoanalytisk Parpsykoterapi har valt att avstå från att skriva en forskningstext. De hänvisar till sitt avsnitt i den första delen.*

# Beteendeterapi och kognitiv beteendeterapi

## Beteendeterapeutiska Föreningen

### Om psykoterapiforskning

Beteendeterapi (BT) och kognitiv beteendeterapi (KBT) har alltid haft en stark förankring i både grundforskning och tillämpad psykoterapiforskning. Detta är ett skäl till att Beteendeterapeutiska föreningen valt att representera dessa två psykoterapimetoder, beteendeterapi sedan 1971 och kognitiv beteendeterapi sedan 2001. Det bör sägas att med ”KBT” avses här den variant som involverar väsentliga inslag av beteendeterapeutiska tekniker. Liksom är fallet i annan typ av forskning anser Beteendeterapeutiska föreningen att det bör ställas höga krav på kvalitet och kvantitet även i psykoterapiforskning. Till *kvaliteten* hör att källor och studiers upplägg är tydligt redovisade, att studier är utformade på ett sådant sätt att alternativa förklaringar till de resultat som nås så långt som möjligt kan uteslutas samt att de slutsatser som dras inte är överdrivna utifrån resultaten. Saknar man personligen kunskap för att bedöma kvaliteten på forskning är den bästa garantin för en god standard att en studie är publicerad i en vetenskaplig tidskrift som har en nämnd av oberoende forskare som granskar alla artiklar innan de får publiceras. Även *mängden* forskning är viktig eftersom upprepade resultat som pekar i samma riktning ger betydligt större säkerhet i slutsatserna än enstaka studier.

De studier som BT och KBT baseras på är utförda i en forskningstradition i vilken specifika behandlingar utvecklas för specifika problem. Sådana studier syftar till att spegla den komplexa kliniska verkligheten, till exempel avseende problemets svårighetsgrad, samsjuklighet och patientens livssituation, utan att tappa fokus på det specifika problemet. Vetenskapligt stöd (*evidens*) för behandlingsmetoders effektivitet avgörs av forskningsresultat från studier i vilka en behandlingsgrupp under kontrollerade former jämförs med patienter som får någon annan form av behandling eller ingen behandling alls. Behandlingseffektivitet som konstaterats under sådana omständigheter behöver vidare undersökas i klinisk rutinverksamhet, tex i psykiatrisk öppenvård. Basen för BT/KBT utgörs av empiriska fynd ur dessa två aspekter. Forskning har visat att BT och KBT har ett starkt vetenskapligt stöd vid ett flertal psykologiska problem och störningar.

Sin effektivitet till trots är inte BT och KBT fulländade metoder som alltid leder till besvärslighet för alla patienter. Behovet av vidareutveckling och

förbättring av befintliga behandlingsprogram är stort, liksom utvecklingen av nya former av behandlingar. Beteendeterapeutiska föreningen vill betona vikten av en kontinuitet mellan akademisk forskning och klinisk tillämpning för att åstadkomma detta. Utvecklingen inom psykoterapi bör framförallt avgöras genom empirisk prövning, sk evidensbaserings. En sådan ambition minskar risken för vetenskaplig och klinisk stagnation och befrämjar utvecklingen av än mer effektiv psykoterapi som bättre kan hjälpa fler patienter.

## **Forskning och vetenskapliga resultat**

BT och KBT är effektiva behandlingsmetoder vid ett flertal psykologiska problem och störningar. Det vetenskapliga stödet är som starkast vid sömnproblem, lindriga till måttliga depressioner och vid samtliga ångeststörningar (SBU, 2004; SBU, 2005).

Vid följande psykiatriska diagnoser (efter åldersgrupp) har BT och/eller KBT ett vetenskapligt stöd som effektiva behandlingsmetoder:

- *Barn*: autistiskt syndrom, uppförandestörning, egentlig depression, specifik fobi, tvångssyndrom och generaliserat ångestsyndrom
- *Vuxna*: alkoholmissbruk, kokainmissbruk, schizofreni, egentlig depression, paniksyndrom utan agorafobi, paniksyndrom med agorafobi, specifik fobi, social fobi, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom, generaliserat ångestsyndrom, impotens, vaginism, bulimia nervosa, primär insomni och borderline personlighetsstörning
- *Äldre*: egentlig depression

Vid följande psykiatriska diagnoser eller diagnosgrupper (efter åldersgrupp) har BT och/eller KBT ett vetenskapligt stöd som sannolikt effektiva behandlingsmetoder:

- *Vuxna*: dystymi, bipolära syndrom, anorexia nervosa och prematur ejakulation
- *Äldre*: ångeststörningar, sömnstörningar och demenser

Sammantaget har BT/KBT således vetenskapligt stöd inom det psykiatriska området vid 23 diagnoser efter åldersgrupp och ett mer begränsat vetenskapligt stöd vid ytterligare 7 diagnoser eller diagnosgrupper (Roth & Fonagy, 2005). Detta innebär att BT och/eller KBT har det mest omfattande evidensstödet av samtliga psykoterapimetoder.

## Aktuell och framtida forskning

Forskning inom BT/KBT pågår ständigt och studier publiceras i vetenskapliga tidskrifter i mycket hög takt och omfattning. Särskilt undersöks BT- och KBT-tekniker för att förbättra befintliga behandlingsprogram, liksom för att utveckla nya, vid olika ångest- och depressionstillstånd (t ex Clark et al., 2003; Dimidjian et al., 2006). Traditionellt sett har forskare inom BT/KBT visat ett stort intresse för specifika behandlingsteknikers betydelse för terapiutfall och det har visats att de ibland är mycket viktiga. Under det senaste decenniet har även intresset för den terapeutiska relationens betydelse för behandlingsresultatet ökat och inspirerat till nya studier och behandlingar. Beteendeterapeutiska föreningen anser att konstnadseffektivitet är en viktig aspekt av psykoterapi och ett fortsatt fokus på detta är angeläget. Sedan 15 år har BT/KBT berikats med influenser från österländsk meditation och religion, som *mindfulness* och *acceptans*. Dessa är i färd med att införlivas i BT/KBT under vad som har kommit att kallas ”tredje vågens beteendeterapi”.

Sammanfattningsvis kan konstateras att benämningen ”BT/KBT” innefattar forskning om och tillämpning av antingen renodlade beteendeterapeutiska tekniker eller olika kombinationer av kognitiva och beteendeterapeutiska tekniker. Det som förenar inom BT/KBT och som gör att Beteendeterapeutiska föreningen förespråkar dessa behandlingsmetoder är att de överlevt omfattande empirisk prövning och därmed förtjänar att benämnas som evidensbaserade.

## Referenser

- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., et al. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomised placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(6), 1058-1067
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(4), 658-670.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guildford Press.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt*. (SBU-rapport) Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). *Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturöversikt*. (SBU-rapport) Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

# Familjeterapi

## Svenska Föreningen för Familjeterapi

### Om psykoterapiforskning

Den familjeterapeutiska forskningen står idag på fast grund både internationellt och nationellt. Bara under det senaste året har tre doktorsavhandlingar inom området publicerats i Sverige. Forskningen inriktar sig huvudsakligen på tre delar; effektstudier, processtudier och cost-benefit studier. Med effektstudier avses undersökningar om en viss behandling har avsedd effekt eventuellt i jämförelse med andra behandlingar. Med processtudier avses att undersöka vad eller vilka faktorer som har effekt inom en viss behandling eller över flera behandlingsformer (common-factor forskning). Med cost-benefit undersökningar avses studier som lägger tonvikten vid ekonomiska kostnader/utfall av behandlingar. Vidare har man inom familjeterapikretsar utvecklat vad som kallas samforskning mellan kliniker och familjer. Den fokuserar på att fördjupa förståelsen av vad som är verksamt i den psykoterapeutiska processen. Denna kvalitativa forskning uppmärksammas sällan i forskningsöversikter.

### Forskning och vetenskapliga resultat

Den familjeterapeutiska forskningen kan uppvisa positiva resultat inom alla dessa områden. Man kunnat konstatera klara positiva effekter av familjeterapi inom en rad problem; barn med beteendestörningar, ungdomsassocierad socialitet, missbruk (både hos barn och vuxna), psykosomatisproblem hos barn och ungdom (svårinställd diabetes, anorexi, allergiska tillstånd), överviktiga barn, psykosor och par/äktenskapsproblem samt depression hos ungdomar och vuxna. I Sverige har en rad studier inom olika områden bedrivits, både randomiserade studier och uppföljning av en undersökningsgrupp (föräldrautbildningar, Marte meo, Multidimensional treatment foster care, Multisystemisk terapi, Funktionell familjeterapi, överviktiga barn, anorexi, svårinställd diabetes och familjebehandling på avdelning, psykosor och par/äktenskapsterapi).

### Aktuell och framtida forskning

Under det senaste årtiondet har det kommit flera intressanta processtudier som gäller familjeterapi. Det är viktigt att skilja på processtudier från individualterapi och familjeterapi eftersom den terapeutiska ”settingen” är helt annorlunda. Detta betyder att resultat från individualterapi sannolikt inte direkt kan överföras till familjeterapi. Ett viktigt begrepp är ”adherence” - modelltrogenhet. Flera studier har visat att om terapeuter följer den modell som är beskriven i en manual blir behandlingsresultaten generellt bättre. Dessutom har man kunnat visa att dålig manualtrogenhet kan ge

sämre behandlingsresultat än ”behandling som vanligt”. Man har också kunnat visa att olika terapeutbeteenden sammanhänger med bättre resultat (Alexander et al 2000) samt att vissa interventioner sammanhänger med positivt utfall. Ett annat viktigt begrepp i psykoterapiforskningen är ”allians”. Då det gäller familjeterapi är detta också viktigt, men ter sig något annorlunda än i individualterapi. Här har man kunnat visa att det är viktigt att ha god och jämn allians mellan de olika familjemedlemmarna för att undvika avhopp i terapi.

Cost-benefit forskningen är som helhet förbisedd vilket är förklarligt eftersom det är komplicerat att ta reda på behandlingskostnader. Internationellt finns emellertid flera bra exempel. Också i Sverige finns flera exempel. Per Gustafsson var tidigt ute och visade att en ganska liten familjeterapiinsats gav betydande vinster avseende vårdkostnader för psykosomatiskt sjuka barn. Även familjeinterventioner från inlärningsteoretiska utgångspunkter, som föräldraträningsprogrammet KOMET, har visat sig ha klart påvisbara förebyggande effekter. En påbörjad nationell studie avseende Multisystemisk terapi (MST) kommer också att kunna jämföra kostnadseffektivitet avseende olika behandlingar. Preliminära resultat pekar mot att utfallet av MST är likartad med ”behandling som vanligt”.

Familjeterapi kommer troligen att utvecklas mycket inom det medicinska området, då i kombination med andra behandlingsinsatser. Redan nu har man kunnat visa att det är viktigt att ha ett familjeperspektiv vid neurologiska problem. Inom en snar framtid kommer det att bli viktigt inom genetisk rådgivning och i anslutning till beteendegenetiska frågeställningar, speciellt som allt gedignare forskning kommit fram till hur interaktionen mellan gener och miljö fungerar.

## Referenser

- Aos, S., Phipps, P., Barnoski, R., & Lieb, R. (2001). *The Comparative Costs and Benefits of Programs to Reduce Crime*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Axberg, U. (2007). *Assessing and treating three to twelve-year-olds displaying disruptive behaviour problems*. Doktorsavhandling. Göteborgs Universitet, Psykologiska institutionen.
- Gustafsson, P. A. (1987). *Family interaction and family therapy in childhood psychosomatic disease*. Doktorsavhandling: Linköping, Hälsouniversitetet.
- Gustle, L-H. (2007). *Implementering och korttidsuppföljning av multisystemisk terapi*. Doktorsavhandling: Lunds Universitet, Institutionen för psykologi.

- Hansson, K. (2001). Familjebehandling på goda grunder: en forskningsbaserad översikt: CUS & Gothia.
- Hedenbro, M. (2006). *The family triad - the interaction between the child, its mother, and father from birth to the age of 4 years old*. Doktorsavhandling: Karolinska Institutet.
- Leff, J., Vearnals, S., Wolff, G., Alexander, B., Chisholm, D., Everitt, B., et al. (2000). The London Depression Intervention Trial Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.
- Lundblad, AM. (2005). *Kärlek och Hälsa. Parbehandling i ett folkhälsooperspektiv*. Doktorsavhandling: Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap, Göteborg.
- Sundelin, J. (1999). *Intensive family therapy – a context for hope put into practice*. Doktorsavhandling: Lunds Universitet.
- Robins, M. S., Turner, C. W., Alexander, J. F., & Perez, G. A., (2003). Alliance and Dropout in Family Therapy for Adolescents With Behavior Problems: Individual and Systemic Effects. *Journal of Family Psychology*, 1(4), 534-544.
- Trovell, J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almqvist, F., Soininen, M., et al. (2007). Childhood depression: a place for psychotherapy: an outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *European Child and adolescent psychiatry* 16, 157-167.

# Gruppterapi

## Svenska Föreningen för Grupppsykoterapi och Grupputveckling

### Om psykoterapiforskning

Under rubriken ”Gruppterapi” ryms många olika företeelser. Vanligast är kanske att man associerar till s.k. processgrupper, där fokus ligger på interaktionen och utbytet mellan gruppdeltagarna, vilket då betraktas som den centrala psykoterapeutiska faktorn. Forskning om gruppterapi handlar emellertid i lika hög grad om mer strukturerade terapiformer. Gruppterapi kan ha olika teoretiska utgångspunkter, som kan variera från Kognitiv beteendeterapi (KBT) till Gruppanalys, Psykodrama, Interpersonlig -, Psykodynamisk -, Fokuserad – och Systemcentrerad gruppterapi.

I forskning behöver man analysera såväl patient- som terapeutfaktorer och deras relation så som den kommer till uttryck t.ex. i den psykoterapeutiska alliansen. Strukturella aspekter av gruppterapi berör frekvens, intensitet, längd på behandling, gruppstorlek, förekomst av uppföljningsträffar och givetvis kontext; t.ex. om det rör sig om öppenvård eller slutenvård, psykiatri eller primärvård etc.

Därutöver måste hänsyn tas till det specifika för just gruppterapi, nämligen gruppdynamik och gruppprocesser. Inom detta område har svensk forskning bidragit med viktig kunskap (t. ex. Ahlin, 1996). Frågeställningarna här handlar t.ex. om gruppssammanhållning, kommunikation och öppenhet mellan gruppdeltagarna, eller hur psykoterapeutisk allians till gruppen utvecklas? Hur ska man se på gruppen som helhet, d.v.s. den enhet som vi ofta tänker oss att en grupp utgör? Vad betyder den kunskap vi har om gruppens tendens att utvecklas igenom ett antal faser, varav den mest avgörande handlar om att ta sig igenom skenbart oberoende och konflikt om roller och status. De ovan antyda problemställningarna är sådant som grupppsykoterapiforskare sysselsätter sig med. I det följande begränsar vi oss emellertid till utfallet av gruppterapi i jämförelse med individualterapi och jämförelse mellan olika gruppterapiinriktningar.

### Forskning och vetenskapliga resultat

Ett par metaanalyser har redovisats av forskningsprojekt där man jämfört utfall av individualterapi och gruppterapi i samma studie. Tillitski (1990) identifierade 23 sådana som han bedömde hade tillräckligt god vetenskaplig kvalitet. Han kom till samma resultat som vid tidigare liknande genomgångar,



d.v.s. patientutfallet var detsamma. Några år senare publicerade Tschuschke (1999) en liknande analys av kontrollerade studier som hade publicerats under åren 1973 och 1999. I hälften av dessa studier fann man inga skillnader i resultat, i fem av studierna gav individualterapi bättre resultat och i sex rådde det motsatta förhållandet. Burlingame et al. (2004) sammanfattar med slutsatsen att den samlade forskningen ger ett starkt stöd för att man inte får några skillnader i resultat mellan de två terapiformerna i stort. Men ytterligare frågor behöver utforskas närmare, t.ex. om det kan förhålla sig så att patienter med vissa diagnoser eller andra karakteristika kan passa bättre för grupp- eller individualterapi.

Majoriteten av de gruppterapistudier som finns publicerade har haft KBT som teoretisk utgångspunkt. Ännu finns det bara ett fåtal kontrollerade studier som redovisats av terapier där gruppprocess har varit den centrala utgångspunkten. Ännu färre har jämfört KBT med processinriktad terapi. Ett undantag är forskning inom alkoholområdet (Kadden et al., 1989; Sandahl et al., 1998). I dessa studier kom man fram till att KBT - gruppterapi lämpade sig bäst för de med ett gravare alkoholberoende medan de med lindriga och måttliga alkoholproblem hade störst nytta av den interaktiva eller psykodynamiska behandlingen. I en annan studie av gruppterapi för patienter som varit långtidssjukskrivna p.g.a. utmattningssyndrom (Sandahl et al., 2007) såg man god symtomförbättring, men man fann inte heller här några skillnader mellan Fokuserad Gruppterapi (en gruppanalytisk integrativ modell), Kognitiv terapi i grupp och ospecifik individualterapi.

En stor Kanadensisk studie av gruppterapi för patienter med komplicerade sorgreaktioner (Piper et al., 2001) gav resultatet att de med mer stabila objektrelationer drog mest nytta av den psykodynamiska gruppterapin, vilket ligger i linje med resultaten från studierna av de alkoholberoende patienterna. Likaså fann man att patienter som hade svårt att resonera i termer av inre psykologiska motiv och konflikter (s.k. ”psychological mindedness”) hade mer nytta av strukturerad gruppterapi. Psykologisk förståelse och en upplevelse av hög gruppsammanhållning visade sig i denna studie vara de faktorer som hade störst samband med gott utfall.

De flesta gruppterapistudier är genomförda på relativt korta terapier (oftast färre än 20 sessioner). Det finns emellertid några undantag. Lorentzen (2000) kunde t.ex. dokumentera goda effekter i termer av symtomförbättring och socialt fungerande efter i genomsnitt 100 sessioner i gruppanalytisk psykoterapi. I en tidig studie fann Piper et al. (1984) att lång tids gruppterapi ( i genomsnitt 76 sessioner) gav bättre resultat än kortare terapier ( i genomsnitt 22 sessioner). Tschuschke och Anbeth (2000) har följt ett stort antal patienter i deras naturliga

terapiförlopp och fann mycket goda symtomförbättringar hos patienter som gått i lång gruppanalytisk terapi. Goda resultat har även redovisats av långa terapier för unga vuxna (Philips, 2005), patienter med ätstörningar (Valbak, 2003) och kvinnor som blivit utsatta för sexuella övergrepp (Lundqvist, 2005), och missbrukare med personlighetsstörning (Sandahl et al. 2004).

Gruppterapi kan sägas vara evidensbaserad för patienter som har ångestproblematik eller är deprimerade, vid komplicerade sorgreaktioner, stressrelaterad ohälsa, alkoholberoende, ätstörningar, sexuell problematik, för patienter som blivit sexuellt utnyttjade och vid schizofreni.

### **Aktuell, planerad och framtida forskning**

Aktuell svensk gruppterapiforskning handlar dels om processforskning, tex. att förstå vad som är verksamt i gruppterapi (Johansson, 2006) eller utveckling av allians (Lindgren et al., 2007) och dels om utveckling och utvärdering av korttidsterapi i grupp (Sandahl & Lindgren, 2006, Sandahl et al., 2007).

### **Referenser**

- Fuhriman, A. & Burlingame, G. M. (1994). *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis*. New York: John Wiley & Sons.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., & Strauss, B. (2004). Small-group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In Lambert, M.J. (Ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons.
- Knauss, W. (2005). Group psychotherapy. In G.O. Gabbard, J.S., Beck & J. Holmes (Eds.) *Oxford textbook of Psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.

*Fler referenser finns på Psykoterapistiftelsens och Samrådsforums hemsidor [www.psykoterapistiftelsen.se](http://www.psykoterapistiftelsen.se) [www.samradsforum.se](http://www.samradsforum.se)*

# Hypnosterapi

## Svenska Föreningen för Klinisk Hypnos

### Om psykoterapiforskning

*Vetenskap:* att skapa teorier för att förstå, förklara och granska det vi gör i behandling, vad som hjälper och hur. Vetenskap om hypnos handlar om att granska om och hur hypnosbehandling hjälper (*evidensbaserings*) och att undersöka vad i behandlingssituationen det är som ger behandlingsresultat (Amundson, 2003).

I hypnos används patientens mentala och emotionella kapacitet för läkning, troligen samma kapacitet som åstadkommer *placebo*effekter. Vi betraktar placeboeffekten som ett förtroende som aktiverar hopp och tillit, vilket återspeglas biologiskt i hormoner, signalsubstanser, neuropeptider, m.m. (Rossi, 2004). I hypnos eftersträvar man att aktivera dessa läkningsfaktorer medvetet, i samförstånd med patienten.

Hypnosterapeuter ger akt på om patienten upprepar dysfunktionella relationsmönster och behandlar detta i samtal och i hypnos. Kunskapen om detta baseras på forskning om olika jagtillstånd och hypnoanalys. Hypnos skapar en stark känsla av närhet mellan *terapeut och patient*. Det kan gynna behandlingen, förutsatt att hypnosterapeuten har god självkänedom och handledning. Forskare och kliniker har uppmärksammat att hypnos leder till en ömsesidig trance, s.k. hypnotisk resonans (Watkins & Watkins, 1997).

*Att förstå forskningsresultat och använda dessa:* Hypnosterapeuter möts vid internationella kongresser, utbyter erfarenheter och tar del av experimentell och klinisk forskning. Vi integrerar kunskap från såväl kontrollerade studier som psykodynamisk, kognitionspsykologisk, neurologisk och pedagogisk forskning, samt teoretiskt förankrade kliniska fallpresentationer. Hypnosterapeuter breddar och fördjupar kontinuerligt teori och metod. Ju fler metoder, tekniker och teoretiska modeller vi behärskar, desto större möjlighet har vi att möta varje enskild patient utifrån dennes förutsättningar och bakgrund. Vi betonar betydelsen av filosofisk utbildning i vetenskapsteori, så att terapeuten kan analysera forskningsrapporters bakomliggande antaganden om människans natur och vilken behandlingssyn som styr frågeställningarna, dvs. forskarens ”förförståelse”.

### Forskning och vetenskapliga resultat

Ett av hypnosens forskningsområden är att dokumentera resultat (*evidensbaserings*). Många hypnosforskare tillmötesgår den medicinska traditionens krav på statistiskt signifikant evidensbaserings. Resultatstudier har gjorts på somatiska och psykosomatiska besvär, ätstörningar, IBS (irriterad tjocktarm), astma

bronchiale, sängvätning, förlösningsprofylax, stamning, torticollis, fibromyalgi, artrit, epilepsi och andra autoimmuna sjukdomar, pre- och postoperativa tillstånd samt diverse smärttillstånd (Eriksson & Carlsson, 2001), (Diseth & Vandvik, 2005), (Wik, et al., 1999).

Kvalitativa studier av hypnosterapier som uppfyller akademiska krav på publicerbarhet finns för ångesttillstånd, depression, posttraumatiskt stressyndrom, kronisk trötthet, mm. Referenser finns på vår hemsida [www.hypnos-se.org](http://www.hypnos-se.org). Ett annat forskningsområde är hur erkänt skickliga psykoterapeuter faktiskt gör, s.k. metodlära. I en klassiker beskrivs resultatet; man tyckte sig hitta gemensamma faktorer hos skickliga terapeuter inom gestalt-, familje- och hypnoterapi. Detta försök att fånga vad som förenar erkänt skickliga psykoterapeuter med sinsemellan olika teoretiska grund, resulterade i en teorioberoende hypnosinfluerad metateori för konsten att bedriva god psykoterapi. (Watzlawick, et al., 1974, 1998).

Hypnosens terapeutiska effekter har förklarats utifrån olika teoretiska perspektiv, såsom psykodynamiska (Fromm, 1998), utvecklingspsykologiska (vårdarens hållande och upprättande av ångestreglerande medvetandetillstånd), neurologiska (Rossi, 2006) och systemteoretiska perspektiv. Forskarens och klinikerns förståelse påverkar vilket teoretiskt perspektiv de upplever meningsfullt och begripligt och som kommer att rekommenderas till psykoterapeututbildningar.

## **Aktuell och framtida forskning**

Hypnosterapiers vetenskapliga evidens idag, aktuell och framtida forskning är presenterad i Lynn, et al. (2000). Internationella kongresser presenterar aktuell forskning ([www.hypnosforeningen.se](http://www.hypnosforeningen.se)). Forskare försöker identifiera de terapeutiskt verksamma faktorerna i hypnoterapi, ur metod-, interpersonella, kulturella och neuropsykologiska perspektiv. Rubriken på årets (2007) stora forskar- och klinikerkongress i tyska hypnosföreningen DGH är ”Hypnose im neuronale Netzwerk”.

Att förstå dissociation har varit ett viktigt forskningsämne sedan drygt 100 år. Freud och Janet försökte behandla kvinnors hysteri med hypnos, Watkins utvecklade hypnosmetoder för att behandla krigsskadade soldater, och dagens psykoterapeuter utvecklar hypnosmetoder för torterade, våldtagna och på annat sätt traumatiserade personer.

Att förstå hur den terapeutiska relationen, patientens och terapeutens medvetandetillstånd samt terapeutisk metod samverkar, är en utmaning som E Rossi har tagit sig an i publicerandet av de allra senaste teorierna om medvetandetillstånd, neurologi och psykosocialt påverkbar genetik (Rossi, 2006). Generaliserbar akademisk hypnoskunskap och metodutveckling behöver kom-

pletteras med kunskap om terapeutspecifika faktorer. I kunskapsutveckling ingår att hypnosterapeuten utvecklar sin genuint personliga behandlingskompetens. Det sker via egenterapi, handledning, kollegialt utbyte via workshops och teoretiskt förankrade fallbeskrivningar, samt reflektion kring etiska, moraliska och vetenskapsteoretiska ställningstaganden som utgör förförståelse och ram i all psykologisk forskning. Även genus-, filosofisk, sociologisk och antropologisk forskning är relevant för kliniskt verksamma hypnosterapeuter.

## Referenser

- Amundson, J. K., Alladin, A., & Gill, E. (2003). Efficacy vs Effectiveness Research in Psychotherapy: Applications for Clinical Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis* 46(9), 11-30.
- Diseth T. & Vandvik, I. (2005). Hypnoterapi ved behandlingsrefraktär enuresis nocturna. *Hypnos*, 32(4), 222-230.
- Eriksson, B., & Carlsson, G. (2001). *Åtstörningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Fromm, E. (1998). An Ego Psychological Theory of Hypnosis and the research Evidence supporting it. *Hypnos* 25(1), 31-44.
- Lynn, S., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardeña, E., & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention. The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 48(2), 239-259.
- Rossi, E., & Ianotti, S. (2004). *A discourse with our genes: the psychosocial and cultural genomics of therapeutic hypnosis and psychotherapy*. Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen.
- Rossi, E. L., & Rossi, K. L. (2006). The Neuroscience of Observing Consciousness & Mirror Neurons in Therapeutic Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(4), 263-278.
- Watkins, J., & Watkins, H. (1997). *Ego States: Theory and Therapy*. New York: Norton.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1998). *Change: Principals of Problem Formation & Problem Resolution*. [Förändring. Att ställa och lösa problem.] Stockholm: Natur & Kultur. (I original 1974).
- Wik, G., Fischer, H., Bragée, B., Finer, B., & Fredrikson, M. (1999). Functional anatomy of hypnotic analgesia: a PET study of patients with fibromyalgia. *European Journal of Pain*, 3, 7-12.

Fler referenser finns på Psykoterapistiftelsens och Samrådsforums hemsidor [www.psykoterapistiftelsen.se](http://www.psykoterapistiftelsen.se) [www.samradsforum.se](http://www.samradsforum.se) och på hemsidan för Svenska Föreningen för Klinisk Hypnos [www.hypnosforeningen.se](http://www.hypnosforeningen.se)

# Kognitiva och beteendeinriktade terapier

## Svenska föreningen för kognitiva och beteendeinriktade terapier

### Om psykoterapiforskning

Kognitiva och beteendeterapeutiskt orienterade terapier (KBT) innefattar flera metoder och behandlingsstrategier. Termen KBT används såväl för att beteckna beteendeterapi (BT) som kognitiv terapi (KT) som i klinisk praktik vanligen rymmer en kombination av kognitiva och beteendeterapeutiska interventioner. I KBT ligger fokus på att förändra mindre funktionella informationsprocesser (kognitioner) och beteenden som upprätthåller ett problem eller en störning. Såväl inlärningsteori som kognitiv teori har en solid vetenskaplig bas inom den akademiska psykologin och är en grund för de behandlingsmodeller som har utvecklats för olika psykiatriska tillstånd/problemområden.

I forskningen används kvalitativa, beskrivande analyser som är oundgängliga för att beskriva och förstå fenomen. De är ofta en utgångspunkt för fortsatta kvantitativa analyser/experimentella studier. För att kunna uttala sig om effekter av en viss behandling krävs att den studeras under kontrollerade former. Detta så att effekten inte kan sägas bero på andra omständigheter än själva behandlingen. Kvantitativa, randomiserade kontrollerade studier dvs. då patienterna slumpas till den aktuella behandlingen eller en eller flera jämförelsebettingelser, är den optimala metoden när syftet är att undersöka effekterna av en viss behandling. Förutom att statistiska skillnader mellan grupper presenteras, är det av stor betydelse att beskriva om behandlingen har lett till en kliniskt signifikant förändring. Det är också väsentligt att klarlägga om personens livskvalitet och generella funktionsnivå har förändrats av behandling. Det krävs att KBT visar sig vara mer effektiv än ingen behandling (väntelista); lika bra som en alternativ psykologisk behandling; och på kort sikt minst lika effektiv som medicinering. I den kliniska praktiken behöver metoden individanpassas för att gagna den enskilde patienten.

En god terapeutisk allians och relation är en nödvändig förutsättning för ett framtida fruktbart terapeutiskt samarbete där specifika interventioner används för att uppnå målen med behandling. Den terapeutiska alliansen är en förutsättning för att patienten skall kunna bidra med sin unika kunskap om sig själv och för att terapeuten skall kunna bidra med kunskap om modeller och tekniker.

### Forskning och vetenskapliga resultat

Inom KBT är såväl teorin som praktiken vetenskapligt baserad. I den empiriska basen ingår hundratals utfallsstudier av olika interventioner, som talar för goda behandlingseffekter vid en rad störningar och problemområden. Generellt har

det också visats att behandlingseffekterna kvarstår vid uppföljning 6 eller 12 månader efter behandling. Goda effekter har visats vid behandling av depression, ångeststörningar, familjeproblem, och ätandestörningar. Detsamma gäller för borderlinestörning, aggressionsproblematik hos våldsverkare, somatiska störningar hos barn, kronisk smärta och som komplement till rutinbehandling vid schizofreni och bipolär sjukdom. Såväl systematiska litteraturoversikter, som existerande metaanalyser av KBT (n=16) och enskilda studier pekar i samma riktning (SBU 2004; SBU 2005; Butler et al., 2006; Öst 2006).

Vid *depression* ger KBT/KT lika bra effekt som psykofarmakologisk behandling och ibland bättre effekt än denna (SBU 2004). Även vid svår eller kronisk depression talar forskningen för att specifika metoder som t.ex. Beteendeaktivering (BA) och Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy (CBASP) är effektiva. Vid *bipolär sjukdom* har KT/KBT som komplement till läkemedelsbehandling visat sig minska återfallsfrekvens, ökat livskvalitet och förbättrat sociala relationer (Scott et al., 2006).

Det finns också ett starkt empiriskt stöd för behandling av ångestsyndrom (SBU 2005). Vid *specifika fobier* är exponeringsbehandling vanligen en behandling som rekommenderas. Vid *generaliserat ångestsyndrom* har KBT visat goda effekter (Gould et al., 1997). En kombination av kognitiv rekonstruktion och exponering för inre sensationer har visat den bästa effekten vid behandling av *paniksyndrom med eller utan agorafobi*. Denna behandling betraktas numera som en standardbehandling (Gould et al., 1995). Vid *social fobi* har exponering för farofyllda situationer och kognitiv rekonstruktion visat goda effekter. Endast kombinationen av dessa interventioner har visat bättre resultat än placebo (Fedoroff and Taylor 2001). Senare studier av en individuell form av KT som ännu inte finns representerade i metaanalyser, har visat klart bättre effekter jämfört med tidigare dokumenterade KBT behandlingar samt läkemedel (se Clark et al., 2006). Vid *tvångssyndrom* har exponering med responsprevention länge ansetts vara den bästa behandlingen. Senare studier talar dock för att KBT och KT ger lika goda effekter (Abramowitz 1997). Vid *posttraumatiskt stressyndrom* (PTSD) fokuseras personens minnen av traumatiska händelser och den personliga betydelsen av och konsekvenserna av dessa minnen. KBT/KT har visat effekter inte bara på minskade PTSD symptom utan även på minskade depressions- och ångestsymptom (Bradley et al., 2005).

Det pågår en kontinuerlig utveckling för att förbättra metoderna, att anpassa dem till fler och mer komplexa områden och att utveckla nya metoder.

### **Aktuell, planerad och framtida forskning**

Mer kunskap behövs, t.ex. om i vilken utsträckning behandlingseffekterna kvarstår över längre tid sedan behandling har avslutats och om KBT då är

bättre än andra behandlingsmetoder. Vidare om de processer och verksamma mekanismer som kan förklara negativt/positivt behandlingsutfall, t ex genom att jämföra KBT med andra specifika behandlingsmetoder och med varianter av KBT. I synnerhet när det gäller nyare behandlingsmetoder inom KBT-fältet behövs det mer forskning och en vidgning av den empiriska basen.

## Referenser

- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65(1), 44-52.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., L., & Westen, D. (2005). A multidimensional metaanalysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry* 162, 214-227.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review* 26(1), 17-31.
- Fedoroff, I. C. & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 21(3), 311-24.
- Gould, R. A., Otto, M. W., & Pollack, M. H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review* 15(8), 819-844.
- Gould, R. A., Otto, M. W., Pollack, M., & Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis." *Behavior Therapy* 28(2), 285-305.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). *Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturöversikt*. (SBU-rapport). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Scott, J., Colom, F. & Vieta, E. (2006). A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*: 10(1), 123-129.
- Öst, L. G. (2006). Det empiriska stödet för KBT vid psykiska störningar. I L. G. Öst, (Red.) *KBT: Kognitiv beteendeterapi inom psykiatin*. (ss. 263-279). Stockholm: Natur och Kultur.

Fler referenser finns på Psykoterapistiftelsens och Samrådsforums hemsidor [www.psykoterapistiftelsen.se](http://www.psykoterapistiftelsen.se) [www.samradsforum.se](http://www.samradsforum.se)



# Psykoanalys

Svenska psykoanalytiska föreningen

Svenska psykoanalytiska sällskapet

## Om psykotera­piforskning

Psykoanalytiskt inspirerad forskning har fokuserat på personlighets- och utvecklingspsykologiska snarare än på psykotera­peutiska frågeställningar. Här förekommer allt från fall- och teoristudier till mer traditionella gruppstudier av patienter och terapeuter, oftare inom en humanistisk/kvalitativ än en positivistisk forskningstradition. Den psykoanalytiska/psykodynamiska behandlingsforskningen har framför allt ägnats åt processtudier, t.ex. av faktorer i relationen mellan patient och terapeut/analytiker, men numera märks ett ökat intresse för så kallad effektforskning, med syftet att kartlägga effekter av psykoanalys och psykoanalytisk psykotera­pi vid olika kliniska tillstånd och - framför allt - i interaktion med olika personlighetsfaktorer. Det är ett viktigt grundantagande att en behandlings effektivitet alltid bestäms av patientens personlighetsmässiga förutsättningar att tillgodogöra sig den aktuella metoden. I ett psykoanalytiskt perspektiv måste man därför betrakta evidensbaseringsens totalitära anspråk med skepsis.

Psykoanalytisk forskning är alltså inte bara forskning på en behandlingsmetod utan också ett utforskande av människans inre och ofta omedvetna fungerande. Därför kan kliniskt utförd psykoanalys i sig inrangeras bland de kvalitativa forskningsmetoderna. Den psykoanalytiska fallstudien erbjuder en unik metod att intensivt och i detalj studera och generera kunskaper om komplexa mentala processer.

## Forskning och vetenskapliga resultat

De grundläggande och gemensamma idéerna i de psykoanalytiska teorierna har varit föremål för omfattande vetenskaplig prövning (Fisher & Greenberg, 1996; Sandell, 1997; Westen, 1998). Till exempel: antagandet om omedvetna psykiska processer som utövar inflytande på våra tankar, känslor och handlingar har ett solitt stöd i äldre och nyare (bl.a. neurobiologisk) forskning och kan numera betraktas som okontroversiellt, med en självklar plats i modern kognitionsforskning. Ett annat grundläggande antagande, att det mentala livet präglas av omedvetna konflikter och försvar, har också stöd i nutida forskning på perceptuella och kognitiva processer, liksom barndomstidens avgörande inflytande på den vuxna personligheten och betydelsen av omedvetna förväntningar och attityder i relationer människor emellan, s.k. överföring (Luborsky m.fl. 1998).

Vad prövningar av psykoanalytiska terapier beträffar, finns experimentellt stöd för gynnsamma effekter av korttidsterapier vid flera olika kliniska tillstånd (t.ex. Milrod m.fl., 2007). Att de inte givits ett starkt evidensvärde av Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU) i Sverige förklaras av de avgränsande kriterier för så kallat vetenskapligt stöd som SBU har upprättat på basis av en behandlings- och forskningsmodell som man kopierat från medicinsk/farmakologisk forskning. Denna snäva avgränsning har ifrågasatts från flera håll (Sandell, 2006) och är svår att förena med de fynd som återkommande gjorts i internationell psykoterapiforskning. I själva verket är en övergripande slutsats som psykoterapiforskningen dragit att de huvudsakliga väletablerade metoderna på psykoterapimarknaden i genomsnitt är ungefär lika effektiva vid de flesta kliniska tillstånd (Lambert & Ogles, 2004). Forskning har också givit vid handen att den terapeutiska metoden förklarar bara en liten del av behandlingsresultatet i jämförelse med patient-, terapeut- och relationsfaktorer (Wampold, 2001). Särskilt avgörande är patientens engagemang och beredskap att utveckla ett fruktbart samarbete med terapeuten. Terapeutens bidrag är att i ett empatiskt, bekräftande, genuint samarbete erbjuda en relation som i sig har en utvecklande funktion, samtidigt som patienten utvecklar en självförståelse som svar på terapeutens konfrontationer och tolkningar (Orlinsky, Rönnestad & Willutzki, 2004). Just så fungerar psykoanalytisk terapi. Vad som i övrigt är de verksamma mekanismerna i psykoanalytiska terapier – liksom i alla andra terapiformer – är ännu inte klarlagt. Flera studier av den psykoterapeutiska processen har dock visat att de faktorer som har starkast samband med ett gott behandlingsresultat – oberoende av vilken psykoterapiform som praktiseras, psykoanalytisk eller ej – är terapeutens utforskande uppmärksamhet på patientens delvis omedvetna önsknings, känslor, tankar, drömmar, fantasier och emotionella engagemang i terapin och den terapeutiska relationen (Ablon & Jones, 1998; Ablon, Levy & Katzenstein, 2006; Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue & Hayes, 1996; Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer & Gagnon, 1998; Hayes & Strauss, 1998; Jones & Pulos, 1993; Vocisano m fl, 2004). Även dessa faktorer betonas starkt i psykoanalytiska terapier.

### **Aktuell och framtida forskning**

Den internationella psykoanalytiskt informerade (och inspirerade) forskningen är livlig, särskilt av det slag som man brukar benämnda processforskning, dvs. undersökningar av interaktionen mellan patient/analysand och terapeut/analytiker. Dessutom bedrivs och planeras välkontrollerade studier av effekter på bl.a. depression på flera platser i Tyskland, England och Nordamerika. Fortsatt fokusering på denna typ av effektstudier är angelägen inför framtiden.

## Referenser

- Ablon, J. S. & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 71-83.
- Ablon, J. S., Levy, R. A. & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 216-231.
- Fisher, S. & Greenberg, R. P. (1996). *Freud scientifically reappraised*. Testing the theories and therapy. New York: Wiley.
- Jones, E. E. & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 306-316.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Ed.), *Garfield and Bergin's Handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed.) (ss. 139-193). New York: Wiley.
- Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (Eds.) (1998). *Understanding transference*. Washington DC: American Psychological Association.
- Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., et al. (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 265-272.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. I M. J. Lambert (Ed.), *Garfield and Bergin's Handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed.) (ss. 307-390). New York: Wiley.
- Sandell, R. (1997). De psykodynamiska terapiernas vetenskapliga stöd. *Psykisk Hälsa*, 38, 35-50.
- Sandell, R. (2006). Evidensbaserad – ett omstritt projekt. *Psykolog-tidningen*, 52 (13), 23-26.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124, 333-371.

Fler referenser finns på Psykoterapistiftelsens och Samrådsforums hemsidor [www.psykoterapistiftelsen.se](http://www.psykoterapistiftelsen.se) [www.samradsforum.se](http://www.samradsforum.se)

# Psykodynamisk barn- och ungdomspsykoterapi

## Föreningen för barn- och ungdomspsykoterapeuter

### Om psykoterapiforskning

Under den senaste tioårsperioden har flera internationella studier om barn- och ungdomspsykoterapi påbörjats och redovisats. Även i Sverige ökar omfattningen av forskningen. En intensiv diskussion förs bland barn- och ungdomspsykoterapeuter om begreppet evidens och om hur kliniker genom dokumentation kan medverka till fördjupade kunskaper. Behovet av ökade insatser både vad gäller kvantitativt och kvalitativt inriktad forskning inom området är stort.

### Forskning och vetenskapliga resultat

Så kallade metastudier visar att effekten av psykoterapi för barn och ungdomar är jämförbar med effekten av vuxenpsykoterapi. Studier visar att 3/4 av patienterna blir bättre än icke behandlade patienter men beskriver samtidigt att effekterna kan variera mycket inom olika terapiformer (Kazdin, 2004). Den komplexa bilden av verksamma faktorer i vuxenpsykoterapi gäller även barn- och ungdomspsykoterapi. Det vill säga: effekten av terapin påverkas av ett samspel mellan patientfaktorer, terapeutfaktorer och specifika teknikfaktorer.

Ett flertal studier har presenterats där effekterna av terapi vid olika typer av problem redovisas. Välgjorda studier av psykodynamisk kort- och långtidspsykoterapi där man använt kontroll- eller jämförelsegrupper visar på mycket goda och bestående resultat för patienter med depression, ångest och utagerande beteende (exempelvis Muratori et al., 2003; Kronmüller et al., 2005; Trowell et al., 2007). Andra problemområden som är väl utforskade inom ordinarie kliniska verksamheter är exempelvis: barn som utsatts för olika typer av övergrepp, barn i familjehem, barn med somatisk sjukdom och psykoterapi för ungdomar, unga vuxna.

Forskningsöversikter av hög kvalitet har publicerats (exempelvis Boalt Boëthius & Berggren, 2000; Kennedy, 2004; Kennedy & Midgley, 2007). Av dessa framgår att det nu sker en kraftfull utveckling av forskningsmetodik och av valida och reliabla bedömningsinstrument. Forskningen om effekter av terapi är etablerad och allt oftare redovisas studier där också terapiprocessen kommer i fokus. En central fråga är kartläggningen av mekanismerna bakom förändring. I barnpsykoterapi studeras exempelvis hur den terapeutiska alliansen och

leken kan relateras till resultaten av terapier. Metoder finns nu för analys av terapiförlopp med både kvantitativ och kvalitativ metod där ljud- och videoband utgör forskningsmaterialet. Fortfarande finns en stark tradition att öka kunskaper om psykoterapiförlopp genom detaljerade studier av enstaka fall, så kallade "single-case"-studier. När det gäller de små barnen utgör forskning inom föräldra/barnterapi ett intressant område. Där utarbetas och utprövas sätt att bedöma samspelet mellan föräldrar och barn i nära samarbete med den forskning som bedrivs om anknytning och spädbarnspsykologi. Analyser av samspel i ett mikroperspektiv med hjälp av videoband är ett mycket lovande forskningsfält. I arbetet med att beskriva evidens för behandling är det viktigt att lyssna på brukarna. I dag pågår flera studier där man, främst via intervjuer, följer upp barn- och ungdomspsykoterapier. Dessa studier kan i vissa fall röra nu vuxna personer som får berätta om sina erfarenheter och minnen av terapi. Av de intervjuade har minst 2/3 en klar bild av terapin och beskriver att den varit till hjälp och har erbjudit redskap som varit användbara senare i livet.

### **Aktuell och framtida forskning**

I Sverige finns nu en betydande forskning. Ett par avhandlingar om barnpsykoterapi har publicerats (Carlberg, 1999; Eresund, 2002). Viktig dokumentation av terapiförlopp finns beskrivna i skönlitterär form (Cleve, 2002). Barn- och ungdomspsykoterapin har också stärkts av att tidskriften *Mellanrummet* startades 2000. Här finns ett forum för kliniker och forskare att publicera och diskutera.

Vid Ericastiftelsen pågår Erica Process and Outcome Study (EPOS) som innebär att ett stort antal tidsbegränsade, målrelaterade barnterapier med parallell föräldrakontakt dokumenteras och analyseras. Terapierna bedrivs på olika mottagningar i Sverige och i Danmark. Exempel på områden som kommer att belysas i publikationer är: förändringsprocessen och effekten av terapi speglad genom utsagor från föräldrar, barn- och föräldraterapeuter och barnen själva, betydelsen av att formulera mål för psykodynamisk psykoterapi och betydelsen av tidsbegränsning.

Glädjande är att allt fler kliniker i dag är intresserade av att dokumentera och att kritiskt granska sitt arbete. I framtiden kommer säkert fler svenska randomiserade och kontrollerade studier men också studier där de kvalitativa metoderna utvecklas. Strävan att förstå mekanismer bakom förändring utgör drivkraften både för kliniker och forskare.

## Referenser

- Boalt Boëthius, S. & Berggren, G. (2000). *Forskning om barn- och ungdomspsykiatri. En kunskapsöversikt*. Stockholm: Ericastiftelsen.
- Carlberg, G. (1999). *Vändpunkter i barnpsykiatri. Psykiaterers erfarenheter av förändringsprocesser*. Akademisk avhandling: Stockholms universitet, Pedagogiska institutionen.
- Cleve, E. (2002). *En stor och en liten är borta. Kristerapi med en tvåårig pojke*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Eresund, P. (2002). *Att behandla störande beteende. Metodutveckling i barnpsykiatri*. Akademisk avhandling: Stockholms universitet, Pedagogiska institutionen.
- Kazdin, A. E. (2004). Psychotherapy for children and adolescents. I M. J. Lambert, Bergin and Garfield's *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (5th ed.) (ss. 543-589). New York: Wiley.
- Kennedy, E. (2004). *Child and adolescent psychotherapy: A systematic review of psychoanalytic approaches*. London: North Central London Strategic Health Authority.
- Kennedy, E., & Midgley, N. (2007). *Process and Outcome research in child, adolescent and parent-infant psychotherapy: a thematic review*. London: North Central London Strategic Health Authority.
- Kronmüller, K-T., Postelnicu, I., Hartmann, M., Stefini, A., Geiser-Elze, A., Gerhold, M., et al. (2005). Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit angststörungen. *Praxis der Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie*, 54, 559-577.
- Muratori, F., Picchi, L., Bruni, G., Patarnello, M., & Romagnoli, G. (2003). A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalising disorders in children. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 42, 331-339.
- Trowell, J., Joffe, I., Campell, J., Clemente, C., Almqvist, F., Soininen, M., et al. (2007). Childhood depression: a place for psychotherapy: an outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 157-167.

Fler referenser finns på Psykiateristiftelsens och Samrådsforums hemsidor [www.psykiateristiftelsen.se](http://www.psykiateristiftelsen.se) [www.samradsforum.se](http://www.samradsforum.se)

# Psykodynamisk psykoterapi

## Riksföreningen PsykoterapiCentrum

### Om psykoterapiforskning

Sammantaget är det visat att systematiskt genomförd psykoterapi är en effektiv behandling vid psykisk ohälsa. För flertalet diagnoser/problemområden saknas säkerställda skillnader i effekt mellan olika etablerade psykoterapiformer då de bedrivs på lika villkor. Bra psykoterapieresultat beror på en samverkan mellan teknik, patientfaktorer och psykoterapeutens förmåga att anpassa metoden till den unika patienten (Wilczek, 2006).

### Forskning och vetenskapliga resultat

Det finns flera sammanfattande analyser av studier där patienter slumpvis fördelats till psykodynamisk psykoterapi (PDT) eller någon form av kontroll. Tre exempel på relativt nya sådana analyser är Leichsenring et al (2004), Leichsenring & Leibing (2007) samt Abbas et al (2006). Analyserna bygger på delvis olika studier men leder till samma slutsatser: PDT ger goda resultat vid flera olika psykiatriska diagnoser och resultaten är i jämförelser på lika villkor lika bra som för andra etablerade psykoterapimetoder. Resultaten från kontrollerade studier stämmer väl med de från naturalistiska studier. I en sådan jämfördes 1309 patienter inom den offentliga sjukvården i Storbritannien som fått PDT, KBT eller klientcentrerad terapi. Patienterna uppnådde stora förbättringar och samtliga psykoterapiformer gav jämförbara resultat (Stiles et al, 2006). I en svensk studie av 11966 patienter som vårdats inom öppenvårdspsykiatri i Dalarna visades att patienter som fått psykoterapi förbättrades mer än andra patienter samt att det saknades skillnader i effekt mellan PDT och KBT (Söderberg & Tungström, 2007). Det förtjänar dessutom att nämnas att PDT i upp till hundra timmar av det tyska vetenskapsrådet för psykoterapi godkännts som en vetenskapligt grundad behandling vid psykisk ohälsa inom flertalet diagnosgrupper för vuxna (Hau & Leuzinger-Bohleber, 2006).

Några exempel på diagnos/problemområden för vilka det finns studier där vuxna patienter fördelats slumpmässigt mellan PDT och annan behandling/väntelista är depression, ångestsyndrom (t ex paniksyndrom och social fobi), ätstörningar, opiat- och alkoholberoende (i kombination med annan missbruksbehandling), psykostillstånd, personlighetsstörningar samt för personer som försökt begå självmord. För tvångssyndrom och specifika fobier saknas utfallsforskning avseende PDT helt eller nästan helt. För barn och ungdomar finns sådana studier för bland annat depression, dystymi, olika ångestillstånd

och beteendestörningar. För spädbarn och förskolebarn finns sådana studier av psykodynamisk mor-barn psykoterapi. För referenser till ovannämnda studier hänvisas till Ankarberg (2007).

## **Aktuell, planerad och framtida forskning**

Det pågår just nu många intressanta forskningsprojekt kring PDT. Här begränsas urvalet till två aktuella projekt.

En viktig forskningsfråga är således om slutsatsen att olika terapiformer är lika effektiva gäller även för andra patientfaktorer än diagnos. Kanske är det så att vissa patienter har större nytta av PDT och andra större nytta av en annan terapiform trots att de har samma symtomdiagnos? Ett exempel på ett pågående projekt med en sådan delfrågeställning är en studie av panikångest under ledning av Barbara Milrod. I en tidigare studie visades att PDT gav mycket goda resultat vid panikångest jämfört med tillämpad avslappning (Milrod et al, 2007). Effekten var ännu bättre för de patienter som förutom panikångest också hade en personlighetsstörning. Om upprepade studier ger samma resultat kan man dra slutsatsen att PDT har en extra tilläggs effekt för patienter med denna kombination av diagnoser, och detta undersöks nu av Milrod med kollegor.

En annan fråga väcks av det generella fyndet att flertalet deprimerade patienter inte blir stabilt återställda vare sig av korttidsterapi eller antidepressiva mediciner. Samtidigt visar uppföljningsstudier av fleråriga psykodynamiska psykoterapier och psykoanalys med deprimerade patienter att flertalet fortsätter att förbättras även flera år efter avslutad behandling. Mycket talar således för att långtids PDT är en lämplig behandling för kroniskt deprimerade patienter. I en tysk studie jämförs just nu långtids PDT med långtids KBT respektive antidepressiv medicinering. Studien kommer att ge svar på om långtidspsykoterapi ger god och bestående effekt samt om denna är bättre än för långtidsmedicinering. Dessutom kommer studien att ge svar på om det finns någon skillnad i effekt mellan långtids PDT och långtids KBT för dessa patienter (Hau, 2007).

## **Referenser**

- Abbas, A. A., Hancock, J. T., Henderson J., & Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders (Review). *The Cochrane Library*, 4.
- Ankarberg, P. (2007). Starkt vetenskapligt stöd för psykodynamisk psykoterapi. Hämtad från: [www.rpc.nu](http://www.rpc.nu).



- Hau, S. (2007). Inadequate methods in psychotherapy research and the scientific status of psychodynamic psychotherapies. *Insikten*, 2, 9-15.
- Hau, S. & Leuzinge-Bohleber, M. (red.) (2006). *Position paper on psychoanalytic psychotherapy*. Hämtad från: [www.dgpt.de](http://www.dgpt.de).
- Leichsenring, F. & Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy*, 80, 217-228.
- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216.
- Milrod, B., Leon, A., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., et al. (2007). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 265-272.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J., & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36, 555-566.
- Söderberg, P. & Tungström, S. (2007). *Outcome in psychiatric outpatient services: reliability, validity and outcome based on routine assessments with the GAF scale*. Umeå: Umeå University, Department of Psychology,
- Wilczek, A. (2006). Evidensläget: Psykoterapi har effekt, men flera frågor är obesvarade. *Läkartidningen*, 103, 3191-3193.